

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

108
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1903, à 1 heure.

PAR

Alfred COCHY DE MONCAN

Né aux Vios, près Réquista (Aveyron), le 8 janvier 1877

DIAGNOSTIC et TRAITEMENT

DES

Ostéo-synovites tuberculeuses

DANS

leur phase de début

Président : M. LANNELONGUE, professeur

*Juges : MM. TERRIER, KIRMISSON, professeurs
LEGUEU, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

Membre de l'Institut

Commandeur de la Légion d'Honneur

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
DES
Ostéo-synovites tuberculeuses
DANS
leur phase de début

AVANT-PROPOS

Les articulations, organes essentiels à la vie de relation, ne sont en état de se plier à ses exigences, que si elles sont saines et libres de toute entrave. Qu'une cause quelconque intervienne pour troubler le fonctionnement de l'une d'elles, l'organisme tout entier en subit le contre-coup, soit qu'il perde l'harmonie de ses mouvements, soit qu'une portion du squelette soit réduite à l'impotence. C'est là un fait fréquent et qui s'offre à tout instant à notre observation journalière. Il est vrai de dire que la pathologie des arti-

culations est vaste, et si par leurs fonctions elles sont soumises à bien des traumatismes, leur constitution anatomique les prédispose aux maladies infectieuses. En tête de ces dernières on peut placer la tuberculose, sans courir le risque d'exagérer les choses. Le bacille de Koch qui ne respecte aucun organe, qui s'attaque à tous les tissus, semble avoir une prédilection spéciale pour les jointures, où comme partout il est la cause des plus graves désordres. Peu d'affections provoquent chez elles des lésions si étendues et des déformations aussi grandes, si bien qu'en définitive, après un laps de temps plus ou moins long, l'ostéo-synovite tuberculeuse finit par rendre le patient à peu près impotent. Mais la fréquence de l'affection et les conséquences qui en découlent, ne sont pas les seuls dangers de la maladie. Il y a là un foyer tuberculeux, c'est-à-dire un foyer d'infection, qui d'un moment à l'autre peut se répandre dans l'économie et être la source de nouvelles poussées bacillaires. Il est donc de toute utilité, puisque nous savons la tuberculose curable, d'enrayer le mal dès son origine, et par conséquent de savoir le reconnaître dès l'apparition de ses premières manifestations.

M. le professeur Lannelongue a particulièrement attiré l'attention sur ce sujet dans ses publications, dans ses rapports à la Société de Chirurgie et dans son service à l'Hôpital des Enfants-Malades, que nous avons suivi avec profit ; il ne manquait jamais l'occasion d'en parler à ses élèves. Au cours de ses cau-

series au lit des malades, dans ses conférences, le diagnostic précoce de l'ostéo-synovite tuberculeuse était une question sur laquelle il revenait souvent. Il en faisait, avec juste raison, le meilleur moyen d'arriver sûrement à la guérison intégrale d'une affection si grosse de conséquences. Ce thème qui lui était cher, il nous offrit d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous acceptâmes avec gratitude la proposition de notre maître, assuré de trouver en lui un guide sûr pour mener à bien notre œuvre.

Le diagnostic et le traitement de l'ostéo-synovite tuberculeuse dans sa phase de début, tel sera le sujet de ce travail ; il n'est pas nouveau, mais à l'heure où la lutte contre la tuberculose est si ardente, il est d'actualité.

Nous avons cru inutile de faire l'exposé complet de la tuberculose articulaire. L'historique a été souvent traité, l'anatomie pathologique et l'étiologie de la maladie sont assez connues car elles ont donné lieu à de remarquables travaux, pour que nous ne nous y arrêtions pas. Nous bornerons notre étude. Après avoir défini ce qu'il faut entendre par ostéo-synovite tuberculeuse dans sa phase de début, nous tracerons le tableau symptomatique de l'affection. Dans une deuxième partie, nous nous occuperons du diagnostic, nous efforçant de la différencier aussi bien que possible des différentes arthropathies qui peuvent la simuler ; nous terminerons par l'exposé du traitement.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de notre travail ; nous laisserons sans doute bien des choses à dire ; nous ferons de notre mieux.

Mais avant d'entrer en matière, nous ne saurions nous soustraire à l'agréable devoir de nous acquitter de la dette de reconnaissance contractée envers tous ceux qui ont participé à notre formation médicale.

Tout d'abord, nos premiers remerciements doivent être pour ceux qui dirigèrent nos premiers efforts. Que M. le professeur Duret et M. le professeur Desplats de la Faculté libre de Lille nous permettent de leur offrir ici un public témoignage de notre reconnaissance. Leurs leçons, leurs conseils, resteront inaltérablement gravés dans notre esprit.

A Paris, des maîtres universellement réputés achevèrent notre instruction. A l'hôpital Broca nous suivîmes pendant un semestre les excellentes leçons de M. le professeur Pozzi ; c'est à lui que nous devons le meilleur de nos connaissances gynécologiques, nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

A la Maternité de l'hôpital Lariboisière nous reçûmes le scientifique enseignement de M. l'agréé Bonnaire. Nous garderons le meilleur souvenir de ses excellentes doctrines obstétricales ; qu'il accepte tous nos remerciements.

M. le professeur Lannelongue a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous savons apprécier l'honneur qu'il nous fait. C'est à lui que nous devons le sujet de ce travail, durant lequel il n'a cessé de

nous prodiguer ses conseils et ses avis ; il a mis à notre disposition ses notes personnelles, aussi sommes nous heureux de lui adresser le témoignage de toute notre reconnaissance et de toute notre gratitude.

Que tous ceux qui, à l'Hôpital où à la Faculté, nous prodiguèrent leur science et leurs conseils, reçoivent tous nos remerciements.

Qu'il nous soit permis en terminant, d'adresser à tous nos amis, compagnons de notre vie d'étudiant, le sincère témoignage de notre amitié. Nous avons vécu avec eux des années qui compteront parmi les meilleures de notre vie ; nous en garderons toujours le meilleur souvenir, nous rappelant le vers du poète :

... « Forsan et hæc olim meminisse jurabit »,

CHAPITRE I

Description et symptomatologie de l'ostéo-synovite tuberculeuse dans sa phase de début.

La tuberculose articulaire a été différemment désignée suivant les époques. Après avoir reçu le nom de tumeur blanche, de *fungus articulorum*, d'arthrite tuberculeuse, d'ostéo-arthrite tuberculeuse, M. Lannelongue a préféré lui donner celui d'ostéo-synovite tuberculeuse, pour mieux montrer le siège des lésions et le mode d'infection. La lésion initiale siège le plus souvent dans les épiphyses, mais elle peut débiter par la synoviale, ce qui n'a lieu que dans une proportion de 10 à 15 0/0 des cas. Il est utile d'ajouter qu'on n'arrive à ces chiffres qu'en considérant les grandes articulations, car dans les autres jointures la proportion diminue avec leur importance,

pour se réduire à zéro dans les petites articulations des doigts et des orteils.

Au reste quel que soit le mode de début, la gravité n'existe en fait que lorsque les lésions ont pris une certaine extension, lorsqu'elles ont compromis la jointure en diminuant ou en détruisant l'appareil de connexion articulaire. Chez les malades où la tuberculose ostéo-articulaire paraît primitive, c'est-à-dire sans qu'il existe déjà des lésions apparentes, reconnaissables, les infections sont rares dans les premiers temps. L'organisme résiste et se défend durant de longs mois. Il ne se laisse généralement envahir qu'à la période de destruction de l'articulation. Or, à cette période lointaine du début, il est difficile de porter un remède efficace et sûr. Des complications provenant d'associations microbiennes s'ajoutent souvent et les lésions progressent avec plus de rapidité. Au début les altérations n'étaient ordinairement qu'un petit foyer, plus tard la lésion épiphysaire va s'étendre, se compliquer de ramollissement et de la disparition partielle ou totale des cartilages permanents, d'ulcération compressive, pendant que de véritables cavernes, avec ou sans sequestre, se formeront dans l'épaisseur de l'os. La synoviale, devenue depuis longtemps fongueuse, va former de son côté des abcès tuberculeux qui s'épancheront soit à l'extérieur, soit à l'intérieur ; les ligaments enfin ramollis, ulcérés, détruits, vont cesser de maintenir les parties en connexion ; la jointure est complètement détruite.

Mais ce tableau, expression journalière de la vérité, ne se réalise que lorsqu'on abandonne les choses à une évolution naturelle. Il cesse d'être vrai, si l'on intervient à l'origine du mal, dès les premières manifestations de la phase de début. Que faut-il donc entendre par phase de début ?

Ce n'est pas assurément le moment où apparaissent les premiers microbes dans l'épiphyse osseuse, où dans les franges de la synoviale, ni même le moment de la formation d'un foyer microscopique. Cette période échappe à nos moyens d'investigation et rien ne nous la révèle. Mais il faut réserver l'étiquette de phase de début à la période clinique durant souvent plusieurs mois, au cours de laquelle les phénomènes initiaux se montrent inconstants, allant et venant, sujets à incertitude, jusqu'au jour où ils sont assez accusés, assez précis, pour permettre de porter un diagnostic non plus probable mais certain, non plus douteux mais exact.

Cette phase initiale incertaine, et celle qui la suit de probabilité, de certitude, ont pour les observateurs attentifs une durée qui pour certaines jointures, la hanche, le genou, le rachis, comprend plusieurs mois et exceptionnellement près d'un an. On a donc de la marge, un long temps pour intervenir, en vue d'enrayer une affection terriblement sérieuse.

Symptômes. — Comment va s'annoncer le début de l'ostéo-synovite tuberculeuse ? Allons-nous assister à une entrée en scène violente, à grand fracas comme celle de l'ostéomyélite aiguë ou du rhuma-

tisme infectieux ? Des douleurs articulaires aiguës, une forte fièvre, un état général mauvais vont-ils forcer le malade à suspendre ses occupations journalières ? Il vaudrait peut-être mieux ; si bien que M. Lannelongue voudrait qu'elle débutât par une crise aiguë analogue à celle de la blennorrhagie, afin qu'elle forçât le patient à se soigner tout de suite. Mais cette vive réaction n'existe à peu près jamais, elle n'est qu'une très rare exception, surtout quand la maladie est primitive. C'est en sournoise, lentement, sans réaction fébrile que l'ostéo-synovite tuberculeuse va débiter. Pendant longtemps, plusieurs mois bien souvent, elle ne donnera lieu qu'à de légers symptômes qui n'éveilleront même pas l'attention du malade, encore moins celle de son entourage, mais qui plus tard se complèteront de nouveaux signes, témoins irrécusables des progrès de l'affection. Aussi avons-nous jugé à propos de diviser la phase de début en deux périodes : la première comprenant les signes de probabilité, la seconde les signes de certitude.

A. — *Période de probabilité.* — Les premiers symptômes ont pour caractère d'être intermittents et variables. Quelques malades se plaignent de gêne au niveau d'une articulation. Les mouvements de la hanche, du coude, du rachis ou d'une autre articulation sont moins amples. La jointure possède encore toute l'étendue de son action, mais elle joue moins bien, « comme si elle commençait à se rouiller ».

D'autres se fatiguent plus vite qu'ils ne le faisaient

autrefois. Leur profession devient plus pénible, si elle comporte une activité musculaire assez grande.

C'est surtout après un effort un peu plus prolongé qu'à l'ordinaire, ou à la fin de la journée que les malades accusent cette gêne ou cette fatigue, mais le repos de la nuit les faisant disparaître ils n'y attachent pas grande importance, mettant tout sur le compte du travail et de leur profession.

Si ce sont des enfants ils perdent un peu de leur entrain : Ils ne jouent plus avec la même vivacité ; à la promenade ils demandent qu'on les porte, s'assoient fréquemment ou traînent un peu la jambe ; dès cette période même ils boitent quelquefois et par intermittence. Mais chez l'enfant comme chez l'adulte, cette boiterie survient surtout après une fatigue, une marche ou une station un peu prolongées, dure peu et disparaît par le repos.

Quelquefois ces premiers symptômes s'accompagnent de douleurs vagues dont il est difficile de préciser le siège exact ; c'est plutôt une sorte d'endolorissement de la région articulaire, gênant lui aussi les mouvements, mais n'empêchant pas leur exécution.

Et à ce sujet nous croyons utile d'attirer l'attention sur un préjugé très répandu dans le monde, dont les conséquences peuvent être des plus désastreuses, c'est celui qui a trait « aux douleurs de croissance ». Un enfant, ou un adolescent, se plaint à diverses reprises du genou, de la hanche, des reins ; il se fatigue plus vite, traîne un peu la jambe, c'est

plutôt de la gêne que de la douleur : douleurs de croissance dit-on. On s'en préoccupe d'autant moins qu'il se remet d'ailleurs sans soins, sans traitement quelconque. Mais après la prétendue guérison la scène reparait, les mêmes douleurs se reproduisent, un peu différentes parfois, mais ce sont toujours les douleurs de croissance qui en sont la cause. Il faut le dire, ce préjugé est une erreur. Ces douleurs que l'on rapporte au développement du sujet sont le fait d'états pathologiques divers, rhumatisme, nervosisme, trop souvent la tuberculose de la hanche ou d'ailleurs. La croissance chez un individu en bonne santé doit se faire sans douleur, dans le calme et le silence le plus absolu.

Assez souvent, un traumatisme quelconque survient au moment où débudent ces premiers accidents et les prend à sa charge dans l'esprit des parents et des patients. Un coup ou une chute sont pour eux le point de départ d'un mal qui existait auparavant. Mais il est difficile de leur faire reconnaître cette étape qui a précédé, et on ne la retrouve qu'en fouillant avec persévérance. Il faut, dans ces cas, reporter le malade et les parents aux jours qui ont précédé le traumatisme et chercher avec eux, si on ne retrouve pas quelques uns des premiers symptômes que nous avons énumérés plus haut ; il n'est pas rare de les rencontrer. Les enfants particulièrement avouent qu'à cette époque ils avaient moins d'entrain qu'autrefois pour le jeu, qu'ils se fatiguaient plus vite que leurs petits camarades, qu'ils couraient

moins bien qu'eux, autant de détails dont ils ont gardé le souvenir car ils piquaient leur amour propre. Il arrive cependant bien souvent que le sujet et les parents ne se sont aperçus de rien avant l'accident traumatique, mais on ne saurait trop se méfier de le leur dire. Quelques-uns pèchent par ignorance sans doute ; d'autres ne peuvent pas se faire à l'idée que leur enfant est atteint d'une maladie dont ils soupçonnent la gravité ; ou encore, ne veulent pas convenir devant le chirurgien qu'ils sont coupables de légèreté et de négligence.

Ces premiers symptômes sont, on le voit, peu précis ; leur caractéristique au reste est d'être passagers et si le repos les calme, ils reparaisent à la moindre fatigue. Mais ils sont déjà l'indice d'une affection qu'on peut regarder comme presque probable. Ils doivent en tout cas donner l'éveil et engager le médecin à revoir souvent le sujet, surtout s'il ne trouve pas d'autre cause pour les expliquer.

B. — *Période de certitude.* — Mais pour peu que le mal progresse, la scène va changer, et aux signes de probabilité vont s'ajouter les signes de certitude. L'ordre d'apparition de ces symptômes est assez difficile à préciser. « Cependant, dit M. Lannelongue, la contracture musculaire nous a paru le plus fréquemment apparaître comme la première manifestation de l'ostéo-synovite tuberculeuse ».

I. — *Contracture musculaire.* — Au début de la tuberculose articulaire, la contracture musculaire n'a pas les caractères de ce qu'elle sera plus tard. Les

déformations n'ont pas encore apparu et ne donnent pas à la jointure un aspect qui, alors, sera caractéristique. Elle ne se manifeste à cette période de l'infection que par l'obstacle qu'elle oppose à un certain nombre de mouvements. Pour la reconnaître, il faut faire exécuter au malade les divers mouvements de l'article en souffrance. L'on remarque alors que quelques-uns sont moins étendus, moins amples qu'à l'état normal, surtout si on les compare à ceux de l'articulation homologue, mais saine. C'est ainsi que dans l'ostéo-synovite du coude, l'extension n'est pas complète, que dans le mal de Pott commençant la flexion de la colonne vertébrale est gênée. Mais où cette contracture est surtout intéressante à constater, c'est dans la coxo-tuberculose. C'est elle qui rend ici la démarche si caractéristique en limitant l'étendue des mouvements. « A peine le sujet a-t-il effleuré le « sol de son pied correspondant à la hanche malade, « qu'il se hâte de poser à terre et avec plus de force « celui qui correspond à la hanche saine. Aussi la « cadence de ses pas est-elle troublée. Au lieu d'être « composée de bruits équidistants et également forts, « elle se compose de deux bruits, l'un faible, immé- « diatement suivi d'un plus fort, séparé lui-même « par un intervalle plus considérable d'un nouveau bruit faible comme le premier, et ainsi de suite ». Cette différence de pesée a reçu le nom de pas du maquignon ou de signe de Marjolin. M. Lannelongue a attiré l'attention sur l'inégalité de la durée qui sépare les deux temps de la marche.

Pour se rendre un compte plus exact de cette contracture musculaire, il faut mobiliser soi-même l'articulation. On est plus à même dans ces conditions de juger de la résistance de certains groupes musculaires. Dans la coxo-tuberculose, en fixant le bassin sur un plan résistant, on remarque bien vite que la contracture des adducteurs s'oppose à l'abduction et à la rotation en dehors. Quand l'affection siège au genou l'extension de la jambe demande un léger effort ; il en est de même au coude. Le mal de Pott sous-occipital s'accompagne souvent, même dès le début, de torticolis par contracture ; la correction de cette attitude demande déjà un certain effort au chirurgien qui la tente.

II. — *Atrophie musculaire.* — Suivant de près la contracture, l'atrophie musculaire apparaît comme second symptôme. Quand on examine un sujet atteint d'ostéo-synovite tuberculeuse, il est presque toujours donné, même au début, d'observer ce signe. Le membre où siège l'affection est plus grêle que celui du côté opposé, les reliefs musculaires y sont moins accusés. Nulle part ces modifications ne sont plus faciles à constater qu'au début d'une coxo-tuberculose, ou d'une tumeur blanche du genou. La cuisse tout entière est diminuée de volume : les saillies des fessiers et du triceps crural sont affaîssées, peu apparentes et l'atrophie s'étend peu à peu à tout le membre. Quand il s'agit du poignet ou du coude on constate également l'amoindrissement du bras et de l'avant-bras qui, lui, s'est arrondi. A l'épaule on

observe l'amointrissement du deltoïde, à travers lequel on arrive directement sur la tête humérale et la saillie exagérée de l'acromion.

Si l'on veut pousser plus loin l'analyse de l'atrophie musculaire, il est utile d'avoir recours à la mensuration. Elle doit porter sur le membre malade et sur celui du côté sain, en prenant soin de la faire aux mêmes niveaux exactement précisés. De la comparaison des deux circonférences découle, avec une rigueur presque mathématique, le degré d'atrophie.

Il se peut cependant que la vue et la mensuration ne nous donnent que des renseignements insignifiants ; dans certains cas même ils sont nuls quand le début de l'affection est peu éloigné du moment de l'examen. Mais nous avons à notre disposition un troisième moyen d'investigation plus sensible que les précédents, c'est le palper. Si l'on prend à pleine main la masse musculaire alternativement d'un côté et de l'autre, si on la comprime légèrement, on éprouve deux sensations bien différentes. Du côté sain les muscles sont consistants, fermes et résistants. Du côté malade l'impression est toute autre. La masse musculaire se laisse facilement déprimer ; on la soulève sans qu'elle résiste, et sa consistance est flasque et pâteuse ; c'est là un signe excellent de l'atrophie au début de l'affection. « Insistez, « répétez l'expérience jusqu'à vingt fois, dit M. Lan-
« nelongue, elle a la valeur de la balance. C'est là
« un signe de grande valeur et qui donne, à qui

« sait le rechercher, des renseignements décisifs et « beaucoup plus précis que la mensuration ».

Le membre ainsi atrophié a perdu une partie de sa force musculaire, il n'est plus aussi résistant qu'autrefois et le malade devient chaque jour de plus en plus sensible à la fatigue. Cette impuissance, que le patient accuse lui-même, il est facile de la mettre en évidence par l'expérience. Quand l'ostéosynovite tuberculeuse siège à l'un des membres supérieurs, si on fait supporter au malade un même poids tantôt avec une main et tantôt avec l'autre, c'est toujours le membre malade qui est le premier vaincu par la fatigue. Quand l'affection siège sur le membre inférieur, au genou et surtout à la hanche, l'expérience est encore plus intéressante. Si l'on place le sujet debout, de telle manière que les membres inférieurs soient exactement dans la même position, on voit bientôt se dérouler un petit tableau digne de fixer l'attention. Les saillies musculaires de la région antérieure de la cuisse, les extenseurs de la jambe, présentent de petits soulèvements et impriment aux téguments de légères ondulations. Les tendons se soulèvent convulsivement autour du cou-de-pied sous forme de cordes tendues. Après cette convulsion les muscles rentrent en repos. Le phénomène se reproduit ainsi un certain nombre de fois pendant l'expérience et quelquefois la contracture ne cesse presque pas. C'est ce que M. Lannelongue a appelé le « signe de l'Épreuve ». C'est bien en effet une épreuve que subit le membre

malade. Les muscles de ce membre sont en vigilance et entrent en contracture pour mieux supporter le poids du corps. Mais peu à peu ils se fatiguent et l'attitude initiale du sujet va changer. Le membre n'est plus en extension ; ses diverses sections, cuisse, jambe, pied, sont en flexion et il ne repose sur le sol que par la pointe des orteils, le talon étant relevé. En somme le membre malade fatigué laisse le membre sain porter tout le poids du corps.

III. Douleur. — La douleur qui à la première période n'existait pas, ou était fort peu accusée, s'affirme maintenant chaque jour davantage, elle va devenir un symptôme de grande valeur. Il est rare qu'elle soit toujours identique à elle-même pendant tout le cours de cette période de début, elle revêt le plus souvent différents caractères qu'il est utile de passer en revue.

Bien souvent elle est spontanée. Le malade, qui tout d'abord ne constatait qu'un peu d'endolorissement de la région articulaire, sent la douleur se préciser, il peut en indiquer le siège exact. Elle se montre sous forme d'élançements aigus, ou de crise plus soutenue, mais dans ce cas la douleur est généralement plus sourde. Il n'est pas rare de la voir s'exacerber le soir quand le malade se couche ; c'est un petit accès qui retarde le sommeil, et qui parfois prive le patient de tout repos. On a donné diverses explications de cette douleur articulaire. Jean-Louis Petit l'attribuait à la distension des liga-

ments, Velpeau à celle de la capsule. Les nombreuses ramifications nerveuses de la synoviale et des ligaments, irritées par le foyer tuberculeux, suffisent d'une manière générale pour rendre un compte satisfaisant de cette douleur.

Il n'est pas rare d'observer en même temps des douleurs à distance ; souvent même ce sont les seules qui existent et, mal interprétées, elles donnent lieu à de regrettables erreurs de diagnostic. Ces phénomènes douloureux ont été souvent signalés et ils existent bien souvent dès le début de l'ostéo-synovite tuberculeuse ; aussi est-il prudent chez un individu qui vient consulter pour des névralgies, d'examiner attentivement l'état des articulations voisines. C'est ainsi que l'on observe de la gonalgie dans la coxo-tuberculose ; des névralgies cervicales dans le mal sous-occipital. Le mal de Pott dorsal est bien souvent la cause des douleurs épigastriques ou en ceinture, que Nélaton comparait à la sensation douloureuse que produirait un coup de fouet cinglant la base de l'abdomen. Quand l'affection siège au niveau de la région lombaire, il est souvent donné d'observer des sciaticques que l'on s'étonne de trouver rebelles à tous les traitements tant qu'on n'est pas arrivé au diagnostic exact de la cause.

On a diversement expliqué l'origine de ces douleurs à distance. Brodie les rattachait à l'irradiation et les comparait à la douleur localisée au méat dans les lésions du col de la vessie. Gerdy en faisait un phénomène sympathique ; Duplay en fait un phéno-

mène réflexe. Richet expliquait la gonalgie de la coxotuberculose en supposant que le canal médullaire transmettait au genou la douleur siégeant à la hanche : Bonnet était plus disposé à croire à une lésion concomitante de l'articulation. Cruveilhier, en en faisant une névralgie succédant à une névrite des nerfs avoisinants, avait devancé l'opinion actuelle. Les observations de Wedemeyer et de Barwell sont en effet en faveur de l'origine nerveuse de la douleur. Il est du reste plus important de savoir rapporter les phénomènes douloureux à leur cause, c'est-à-dire à l'affection articulaire, que d'en connaître l'interprétation théorique.

L'existence de la douleur articulaire peut être mise en lumière par le chirurgien lui-même, en la provoquant. Le moyen le plus simple est d'engager le malade à mouvoir lui-même son articulation. Dans ce cas, non seulement les mouvements sont gênés par la contracture musculaire, mais par la douleur, qu'ils éveillent. Voilà pourquoi le malade boite, si la tuberculose articulaire siége aux membres inférieurs ; son bras est à peu près immobilisé s'il est porteur d'une tumeur blanche du coude ou du poignet, ou d'une scapulalgie. Le rachis, dans le cas de mal de Pott, devenu plus ou moins rigide du fait de la contracture musculaire, est le siège de vives douleurs quand le malade essaie d'accomplir les mouvements de flexion ou d'extension du tronc sur le bassin.

On arrive au même résultat si l'on mobilise soi-

même l'articulation. Les mouvements communiqués réveillent la douleur, et l'on remarque qu'elle limite l'amplitude de la jointure plus que ne le faisait la simple contracture, si bien qu'elle ne récupère toute l'étendue de ses mouvements qu'à la faveur des articulations sus ou sous-jacentes.

La notion de douleur qu'avoue le malade et que constate le chirurgien ne suffit pas pour pouvoir diagnostiquer à coup sûr l'ostéo-synovite tuberculeuse; il est important d'en préciser le siège exact. L'inspection de la jointure montre qu'à cette période de début elle n'est ni gonflée, ni déformée. Mais si l'on exerce avec le doigt sur chacune des épiphyses une pression localisée et toujours la même, on rencontre, à côté de zones complètement indolentes et normales, un ou plusieurs points parfaitement délimités où cette pression détermine de la douleur. Elle est réveillée en ce point chaque fois qu'on renouvelle l'épreuve : ces points indiquent le siège du mal. Mais pour tirer tout le parti désirable de cette méthode, il convient de placer le membre dans l'attitude où la plus grande surface possible des épiphyses devient accessible. Cette position d'examen varie avec chaque articulation. Ainsi pour le genou, c'est la flexion à angle droit qui écarte le fémur du tibia. Dans cette attitude les téguments, quoique légèrement tendus au devant de cet entrebâillement, ne forment pas un plan assez résistant pour barrer la route au doigt explorateur. On passe ainsi facilement en revue les deux condyles du fémur, les tubérosités du tibia, la tête du péroné.

La tête fémorale peut être explorée en deux attitudes différentes. Si le membre est dans l'extension, on réveille la douleur par la pression au-dessous de l'arcade de Fallope, au niveau et en dedans des vaisseaux fémoraux. Il est préférable cependant de fléchir la cuisse sur le bassin tout en portant le membre dans l'adduction et la rotation en dedans. La tête se reconnaît alors plus facilement, elle soulève les muscles en arrière du grand trochanter. Dans cette position, la pression exercée sur la tête fémorale développe une sensibilité plus ou moins vive, ou une douleur sourde et profonde qui cesse dès qu'on change d'attitude, quoique l'on continue d'exercer la pression sur le même point. Il n'est pas rare de rencontrer de temps en temps un point douloureux au niveau du petit trochanter, moins fréquent est celui qui siège quelquefois sur le grand trochanter.

La tête humérale est plus spécialement accessible par le creux axillaire, le bras étant légèrement relevé. Au coude il est assez difficile de faire saillir les surfaces articulaires. La pression digitale cependant arrive souvent à délimiter quelques points plus particulièrement douloureux, soit en avant, soit en arrière de la jointure.

Au rachis c'est au niveau des apophyses épineuses ou transverses que le palper localise la douleur. Lorsque la lésion tuberculeuse siège à la partie supérieure de la colonne cervicale, le doigt introduit dans le pharynx, et allant à la rencontre de sa paroi postérieure, y réveille certains points douloureux cor-

respondant aux vertèbres atteintes. De la même façon, le palper abdominal permet quelquefois de constater la présence de quelques zones sensibles sur la face antérieure des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires. C'est ce que nous avons pu vérifier chez un enfant atteint de mal de Pott sacro-lombaire.

IV. Microadénite. — Enfin apparaît, comme dernier symptôme de cette période de début, l'engorgement ganglionnaire, ou mieux la microadénite des ganglions qui reçoivent les lymphatiques de l'articulation atteinte. C'est là une preuve certaine de l'infection de l'article ; elle représente la résistance qu'oppose l'organisme à l'envahissement des bacilles de la tuberculose. Ces ganglions qui siègent aux carrefours lymphatiques, principalement au cou, à l'aisselle, à l'aîne, ont des caractères qui leur sont un peu spéciaux.

Ils sont plus ou moins fermes, arrondis ou ovaires ; roulant sous le doigt comme des grains de plomb. Ils ont ceci de spécial, c'est qu'ils ne sont nullement adhérents entr'eux, ni avec les parties profondes ou la peau, et caractère important, ils sont indolores.

Muni de tous ces renseignements on peut dès lors poser un diagnostic ferme. Les désordres ne sont pas encore grands, le sujet se trouve dans les conditions les meilleures pour pouvoir espérer la guérison complète, ou tout ou moins un fonctionnement

articulaire se rapprochant de l'état normal. Résultat bien appréciable, si on le compare à ce que sont les résultats habituels des ostéo-synovites tuberculeuses non soignées dès le début.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Clinique inédite de M. le Professeur LANNELONGUE.

Voici une petite malade que je tiens à vous présenter, car il s'agit d'un de ces cas que vous rencontrerez le plus fréquemment et que vous devez bien connaître. Vous venez d'entendre la mère nous dire, en nous l'amenant, que depuis trois semaines l'enfant souffre de la hanche et boîte, mais qu'auparavant elle se portait bien. Vous allez voir le compte qu'il faut tenir de cette affirmation. Pour le moment bornons-nous à examiner la malade.

Quand elle reste immobile, vous pouvez remarquer déjà en l'étudiant avec attention que la cuisse gauche est légèrement plus grêle que la droite ; que la saillie du triceps est notamment moins accusée.

C'est très peu de chose, et il se pourrait qu'en mesurant de notre mieux la circonférence des deux membres aux mêmes niveaux exactement précisés, nous ne trouvions entre eux qu'une différence insignifiante, nulle peut être.

Mais prenez à pleine main cette masse musculaire alternativement d'un côté et de l'autre et vous reconnaîtrez par comparaison qu'à gauche, non seulement elle présente un volume sensiblement moindre, mais que sa consistance est beaucoup moins ferme.

Insistez, répétez l'expérience jusqu'à vingt fois, elle a la valeur de la balance, parceque la main arrive à discerner ces différences. C'est là un signe d'une grande valeur et qui donne à qui sait le rechercher des renseignements décisifs et beaucoup plus précis, je vous le répète, que la mensuration.

Au reste ce n'est pas quand l'enfant est dans cette position que l'on met le mieux en évidence l'atrophie musculaire. Placez l'enfant debout de telle manière que les membres inférieurs soient exactement dans la même position, vous verrez se dérouler peu à peu, en quelques minutes, un petit tableau digne de fixer l'attention. Les saillies musculaires de la région antérieure de la cuisse, les extenseurs de la jambe, présentent de petits soulèvements et impriment aux téguments de légères ondulations. Les tendons se soulèvent convulsivement autour du cou du pied, sous forme de cordes tendues. Après une convulsion les muscles rentrent au repos. Le phénomène se reproduit ainsi un certain nombre de fois pendant l'expérience et la contraction dans certains cas ne cesse pas. C'est à ce caractère que j'ai donné, il y a dix ans, le nom de « Signe de l'Epreuve ». C'est en effet une épreuve que subit le muscle malade. Les muscles de ce membre sont en vigilance et entrent en contrac-

ture passagère pour atténuer les effets d'une attitude tendue. Ils viennent alléger le poids que supporte ce membre. En effet l'attitude initiale a changé ou va changer.

Voyez, suivez l'enfant ; son membre n'est plus en extension ; le genou malade est un peu plus en avant que l'autre, bien que les pieds soient toujours au même niveau. En ce moment tout le membre malade est un peu plus en avant et il ne porte que sur la partie antérieure du pied, le talon étant détaché du sol. Cela veut dire que les diverses sections de ce membre, cuisse, jambe, pied, sont en flexion ; de là, saillie du genou et élévation du talon. En somme la malade appuie beaucoup moins sur ce membre, et transmet tout le poids à l'autre.

La marche est encore plus caractéristique, mais à la condition de la soumettre à une analyse sérieuse, attendu que la claudication n'est pas toujours très forte ; chez certains sujets on la distingue à peine. A peine a-t-elle effleuré le sol de son pied gauche, qu'elle se hâte de poser à terre le pied droit et avec plus de force. Aussi la cadence de ses pas est-elle troublée. Au lieu d'être composée de bruits équidistants et également forts, elle se compose de deux bruits : l'un faible immédiatement suivi d'un plus fort, séparé lui-même par un intervalle plus considérable d'un nouveau bruit faible comme le premier, et ainsi de suite. Cette différence de pesée a reçu le nom « de pas du maquignon » (Marjolin). J'ajoute l'inégalité de la durée qui sépare les deux temps de la marche.

La claudication est en outre manifeste sans être tout d'abord appréciable. Examinez sa marche durant quelques pas qu'elle fait devant vous et vous verrez qu'à l'aller, comme au retour, c'est-à-dire vue par devant comme par derrière, les oscillations latérales de chaque moitié du corps ne sont pas symétriques,

comme à l'état normal, à l'axe vertical du tronc. Celles de gauche sont un peu plus basses et on voit, l'épaule s'élevant moins, que la hanche est plus penchée.

De tout cet ensemble il résulte, sans qu'il soit nécessaire de rechercher les autres signes de l'affection, que nous sommes en présence d'une coxo-tuberculose à sa première période, mais datant d'un an au moins, car ces signes ne sont pas aussi accentués au début. Vous voyez que ce que nous disait la mère, était loin de la vérité. Du reste interrogée avec insistance, elle a fini par avouer que depuis six mois l'enfant marche mal, et que depuis un an elle se fatigue plus facilement et plus vite. Elle s'en était fort peu affectée, car ces accidents ne duraient que quelques jours, puis disparaissaient, laissant entr'eux des intervalles pendant lesquels l'enfant se portait bien. Voilà bien n'est-il pas vrai l'évolution de la coxo-tuberculose au début et l'entière confirmation du diagnostic.

Dans le cas actuel, c'est par l'extension continue que je vais soigner cette enfant. Vous pourrez vous convaincre que d'ici quelques jours cette méthode aura fait cesser la contracture qui s'y rattache ; dans une ou deux semaines l'appétit va revenir et les forces renaître.

OBSERVATION II

Due à M. le Pr LANNELONGUE.

Un enfant, dans une chute, se contusionne un genou. Depuis lors il boite et le gonflement articulaire augmentant, on l'amène à l'hôpital.

A l'examen on ne trouve pas d'épanchement, mais on remarque une assez forte ecchymose et un peu d'épaississement de la synoviale, qu'une simple chute explique assez difficilement. L'enfant ne peut fléchir son genou. Le membre est atrophié ; aussi le trauma seul ne permettant pas d'expliquer une atrophie si rapide, on est amené à examiner la hanche.

On trouve alors des ganglions nombreux à la région inguinale gauche ; la cuisse est à peu près immobile ; la tête fémorale est douloureuse à la pression. On trouve là tous les signes d'une coxo-tuberculose au début, quoique l'enfant affirme qu'il n'a jamais souffert. Il existe au niveau du genou un peu de synovite.

OBSERVATION III

Due à M. le professeur LANNELONGUE.

Un enfant se présente à la consultation avec un membre atrophié et une parésie de tout le côté droit. Mais au cours de l'examen on constate un fait qui frappe nécessairement. Logiquement les mouvements devraient être plus larges du côté du membre inférieur atrophié et parésié. Or c'est le contraire qui a lieu; du côté du membre sain les mouvements sont plus faciles. Cette limitation des mouvements du membre inférieur parésié fait songer à une coxo-tuberculose. Et en effet on trouve des ganglions à la région inguinale.

Au niveau de la tête fémorale la pression réveille une douleur assez vive. L'enfant boitait depuis longtemps ; le diagnostic de coxalgie n'est plus douteux.

OBSERVATION IV (personnelle).

Germaine X..., vient à la consultation de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades au mois d'octobre dernier ; elle se plaint depuis trois jours d'une douleur siégeant au niveau du genou gauche.

Ses parents sont en bonne santé ; elle-même n'a jamais été malade. Depuis trois mois la mère a remarqué que son enfant traînait un peu sa jambe gauche ; elle a conservé malgré ça toute sa gaieté et son entrain.

L'état général de l'enfant est bon. On constate en l'examinant une légère atrophie de la jambe malade ; la cuisse elle aussi est un peu atrophiée. Le genou n'est pas déformé, mais l'articulation est légèrement fléchie par la contracture musculaire. L'enfant boite un peu en marchant. Les mouvements communiqués sont un peu douloureux. Si l'on fléchit la jambe sur la cuisse, de façon à entr'ouvrir autant que possible l'articulation, il est aisé de réveiller une douleur bien nette en deux points du plateau tibial. Au niveau de la région inguinale se trouvent de nombreux petits ganglions.

On porte le diagnostic d'ostéo-synovite tuberculeuse du genou gauche, et l'on met le membre dans un appareil plâtré.

OBSERVATION V (personnelle).

Jeanne X..., âgée de huit ans, est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades pour une coxo-tuberculose gauche. L'enfant n'a jamais été malade. Au mois de juin dernier, c'est-à-dire quatre mois avant le moment de son entrée à l'hôpital, elle ressentit de vagues douleurs au niveau de la hanche gauche. Ces douleurs étaient peu persistantes, mais revenaient souvent, surtout à la suite de ses promenades. Malgré toutes les médications

employées ses douleurs allaient s'accroissant, ce qui décida les parents à la conduire à l'hôpital,

L'état général de l'enfant est assez bon. Tout le membre gauche est assez sensiblement atrophié. La marche est un peu douloureuse, ce qui fait boiter la petite malade. La contracture musculaire est assez vive. Les adducteurs s'opposent à l'adduction et à la rotation en dehors, en outre, la cuisse qui est un peu fléchie sur le bassin, ne peut être étendue que grâce à une traction assez forte. La tête fémorale est douloureuse à la pression et il existe de nombreux ganglions à la région inguinale.

La coxalgie existante est évidente, mais son début remonte fort probablement à plus de quatre mois, malgré les dires de l'enfant. L'enfant est traitée par l'extension continue.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Albertine X.,, est amenée par sa mère à la consultation de chirurgie de l'Hôpital des Enfants-Malades, parcequ'elle boite. L'enfant est âgée de trois ans. Elle a toujours été bien portante, comme du reste ses frères et ses sœurs. Les parents sont en bonne santé.

Il y a trois jours que l'enfant se plaint d'une douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, douleur qui occasionne la boiterie. Jusqu'à ce moment-là, la mère n'avait rien remarqué du côté de ce membre ; la fillette jouait bien, elle était gaie et ne se plaignait d'aucune fatigue. Lorsqu'on examine

l'enfant on remarque au palper, plutôt qu'à la vue, que le membre droit est un peu atrophié. Les muscles contracturés fléchissent légèrement la cuisse sur le bassin, mais le redressement du membre est facile ; l'abduction et la rotation en dehors du membre malade est moins complète que celle du membre sain.

La pression au niveau de la tête fémorale est douloureuse ; au niveau du grand trochanter la douleur est plus sourde. Dans le pli de l'aîne on trouve toute une pléiade de petits ganglions qui roulent sous le doigt.

Quand l'enfant marche elle boite d'une façon assez sensible. Tous les symptômes de la coxo-tuberculose au début sont présents.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Yvonne X..., âgée de 8 ans, est amenée à la consultation pour des douleurs abdominales. La mère se porte bien ; le père a eu une pleurésie. L'enfant est née à terme, et a été nourrie au sein. Elle n'a marché que fort tard vers l'âge de 3 ans. A ce moment-là elle présentait tous les signes du rachitisme. On l'envoya à Berck-sur-Mer, elle y passa dix mois et revint bien portante. Elle porte encore des traces de son rachitisme : évasement du thorax, chapelet costal...

L'année dernière au début de l'hiver, l'enfant avait alors sept ans, elle eut la grippe. Elle se remit difficilement. Comme

elle toussait fréquemment on la conduisit à la consultation de médecine où l'on découvrit un début de tuberculose pulmonaire. Elle fut envoyée à Hendaye, où elle passa six mois. Elle rentra à Paris dans le courant de l'été, remise et bien portante.

Au commencement du mois d'octobre l'enfant fut prise de douleurs abdominales qui débutèrent brusquement. La fillette fut mise au lit et les douleurs se calmèrent un peu, mais malgré les soins qui lui furent donnés, purgatifs, lavements, les douleurs quoique moins vives persistaient toujours. C'est pour cette raison qu'on l'amena à la consultation.

L'enfant qui a 8 ans est un peu petite pour son âge. Ce qui frappe tout d'abord en palpant la paroi abdominale antérieure, c'est la facilité avec laquelle on arrive sur le corps des vertèbres lombaires. En passant la main restée libre sous la paroi dorsale (l'enfant étant couchée) on remarque une ensellure très marquée de la région lombaire. La palpation de la face antérieure des corps vertébraux, à travers la paroi abdominale déprimée, réveille la douleur.

Lorsque l'enfant est debout, l'ensellure lombaire est très manifeste et les muscles de la masse sacro-lombaire fortement contracturés, forment une saillie très visible de chaque côté des apophyses épineuses. Quand l'enfant marche, elle se tient raidie, le tronc n'oscille ni à droite, ni à gauche. Si l'on place un objet devant elle et qu'on lui dise de le ramasser, voici ce qu'on constate : la fillette au lieu de pencher le buste en avant, tout en fléchissant les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, comme c'est la règle en pareil cas, n'accomplit que le second temps du mouvement. Elle fléchit bien sur ses membres, mais la colonne vertébrale reste rigide et ne subit aucune

inflexion. Si l'on donne l'ordre à l'enfant d'exécuter le mouvement sans fléchir les membres, mais en penchant son buste en avant, elle s'y refuse. L'esquisse seule de ce mouvement réveille les douleurs abdominales.

Au sommet droit du poumon on trouve une respiration légèrement soufflante

L'évolution du mal de Pott était encore à son début,

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Madeline X..., est âgée de 7 ans. Elevée au biberon, elle n'a jamais été malade. Sa mère et son père se portent bien ; ses frères et ses sœurs sont en bonne santé. Il y a deux mois la mère a remarqué que l'enfant traînait un peu sa jambe gauche en marchant. Cet état mis sur le compte de la faiblesse, ne tracassa pas la mère outre mesure. Cependant devant la persistance de cet état on se décida à l'amener à la consultation.

Il existe de l'atrophie musculaire ; le membre gauche est plus grêle, ses saillies musculaires sont moins accentuées que celles du côté sain. L'abduction et la rotation de la cuisse en dehors n'est pas complète ; on sent une certaine résistance due à la contracture des adducteurs, qui font saillie sous la peau. L'exploration de la tête fémorale est fort peu douloureuse ; les trochanters ne sont pas sensibles. Quand l'enfant marche on observe le signe de Marjolin, mais il n'est pas très sensible. Au pli de l'aîne on sent rouler sous le doigt d'assez nombreux ganglions indolores.

C'était encore une coxo-tuberculose au début.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Le 29 octobre se présente à la consultation le nommé Gaston X... Il est conduit par sa mère. Rien à noter comme antécédents héréditaires. L'enfant est âgé de 9 ans. A trois ans il a eu la rougeole.

Ce garçon qui depuis s'était bien porté, fit en août dernier une chute dans la rue. Le genou droit, qui fut le plus atteint par le traumatisme, enfla quelque peu. Au bout de quelques jours le gonflement disparut et l'enfant reprit son entrain ordinaire. Mais depuis lors, il se plaint de temps en temps de douleurs dans le genou droit ; comme il est très turbulent par nature, il se sent gêné par cette articulation. La mère qui mettait ces douleurs sur le compte du traumatisme antérieur, ne se préoccupait guère des plaintes de son fils. Mais il y a huit jours l'enfant en rentrant de l'école fit une nouvelle chute sur les genoux. La douleur qu'il ressentit fut très vive et le genou droit enfla rapidement. Malgré le repos les douleurs persistèrent ; elles empêchaient le malade de marcher, si bien que la mère dut le porter pour le conduire à l'hôpital.

La jambe droite est en légère flexion sur la cuisse ; la contracture musculaire est assez vive et le redressement de la jambe est douloureux. Quand l'enfant est debout, il ne s'appuie que fort peu sur ce membre et la marche est douloureuse. On constate en même temps une légère atrophie de tout le mem-

bre ; les muscles sont plus flasques que ceux du membre gauche.

En palpant la région articulaire, on remarque un épaississement assez marqué de la synoviale, surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital ; il y a très peu d'épanchement. La pression au niveau des condyles fémoraux ne réveille pas de douleur. Par contre le plateau tibial est assez sensible, surtout au niveau du condyle interne où la pression est vraiment douloureuse. A la région inguinale on trouve des ganglions petits, assez nombreux, non adhérents. Le malade présentait tous les caractères d'une tumeur blanche du genou, faisant une poussée aiguë à la suite d'un traumatisme.

OBSERVATION X (Personnelle).

Joseph X... est âgé de 13 ans ; il vient à l'hôpital parce qu'il souffre de son coude gauche.

Il a eu la scarlatine et la rougeole dans les premières années de son enfance. Ses deux frères et sa sœur sont bien portants ; son père et sa mère jouissent d'une bonne santé.

Il y a déjà quelque temps que l'enfant se plaint de son coude, mais, c'est surtout depuis quinze jours qu'il se sent gêné ; les mouvements du bras n'étaient plus aussi libres qu'autrefois. En effet l'extension de l'avant-bras n'est pas aussi complète que du côté sain et les muscles du membre malade sont atrophiés. Les muscles épitrochléens et épicondyliens ne forment plus

une saillie aussi manifeste de chaque côté de l'avant-bras malade :

La jointure n'est pas déformée ; la synoviale est cependant un peu épaissie de chaque côté de l'olécrâne. On parvient en explorant attentivement la région articulaire à délimiter un point nettement douloureux au niveau de la portion articulaire du cubitus. Au niveau de l'aisselle on trouve des ganglions hypertrophiés qui confirment le diagnostic de tumeur blanche du coude.

L'articulation est mise dans un appareil plâtré.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Mademoiselle X... est entrée à l'hôpital pour une déviation de la tête, qu'elle croit être un torticolis. Son père et sa mère se portent bien ; ses deux sœurs et son frère sont en bonne santé.

La malade est actuellement âgée de 14 ans.

Elle a eu il y a quelques années une fluxion de poitrine ; il y a six mois elle eut la grippe. C'est après cette maladie qui dura une vingtaine de jours, qu'elle ressentit pour la première fois des douleurs névralgiques au niveau de la nuque, qui s'irradiaient jusqu'au devant de l'oreille droite. En même temps la fillette remarqua que les mouvements de la tête devenaient moins faciles, surtout ceux de latéralité. Ces douleurs névralgiques devinrent de plus en plus fréquentes, l'enraidissement du cou s'accrut, ce qui amena la malade à venir à la consultation.

Ce qui frappe tout d'abord en examinant la malade c'est son attitude. La tête est inclinée à droite, et simule un torticolis. Cette attitude est fixe et il est impossible de la corriger ou de l'exagérer sans provoquer de nouvelles douleurs au niveau de la nuque.

La patiente ne peut mouvoir sa tête ni à droite, ni à gauche, et pour regarder de côté, elle est obligée de tourner tout le corps vers l'objet qu'elle désire voir. Au niveau de la fossette sous-occipitale on trouve un léger empâtement des tissus sous-jacents. La région de l'atlas et de l'axis est douloureuse à la pression. Au niveau de la région sous-maxillaire on rencontre des ganglions hypertrophiés.

L'enfant est admise salle Bouvier, avec le diagnostic de mal sous-occipital et on applique un appareil à extension continue.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Martial X... est âgé de 13 ans. Il a eu la rougeole et la varicelle. Son père et sa mère se portent bien ; sa sœur est morte de méningite tuberculeuse.

L'enfant est bien développé pour son âge. Il y a trois semaines il se plaignit de douleur à la hanche gauche ; il se fatiguait plus vite qu'autrefois et s'asseyait souvent. Il y a quelques jours il prit part à un concours de gymnastique. Il se fatigua beaucoup à cette occasion et depuis lors il souffre davantage et boite un peu.

Le membre gauche est fort peu atrophié ; ce n'est qu'à la palpation que l'on peut trouver un peu de différence entre la consistance musculaire du membre malade et du membre sain ; du côté malade, les muscles de la cuisse sont plus dépressibles, plus pâteux. La contracture des adducteurs est peu intense et l'on ne trouve pas de point douloureux au niveau de la tête fémorale. Mais dans la région inguinale il existe de petits ganglions durs et mobiles.

La coxo-tuberculose était tout à fait au début.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Une dame amène à la consultation sa fillette, Olga X., âgée de 3 ans, pour faire examiner la jambe de l'enfant qui boite depuis quelques jours.

La petite malade a toujours été bien portante comme ses frères et ses sœurs. Le père et la mère sont en bonne santé.

La mère ne s'est aperçue de la maladie de son enfant que depuis huit jours. La fillette se plaint à cette époque là d'une douleur au niveau du genou gauche, ce qui la faisait boiter.

Le membre de l'enfant est un peu amaigri, plus grêle que celui du côté sain.

Il existe un peu de contracture musculaire qui fléchit légèrement la jambe sur la cuisse, mais le redressement du membre est facile et ne détermine pas de douleur. L'enfant boite en marchant, cependant la claudication n'est pas bien intense.

La jointure n'est pas déformée : il existe cependant un peu d'épaississement de la synoviale au niveau du cul-de-sac sous-tricipital ; pas d'épanchement.

On constate que le plateau tibial est sensible, surtout le condyle interne.

Au creux poplité pas de ganglions, mais on en trouve à la région inguinale.

On porte le diagnostic de tumeur blanche du genou gauche.

CHAPITRE II

Diagnostic de l'ostéo-synovite tuberculeuse.

De l'exposé qui précède il semblerait que le diagnostic de l'ostéo-synovite tuberculeuse fût chose facile ; c'est au reste l'impression que laisse généralement la description des symptômes des diverses maladies. Mais, en pratique, le problème est plus difficile à résoudre et la nature de l'affection peu aisée à déterminer. Les maladies articulaires sont nombreuses et variées et elles ont bien des symptômes qui leur sont communs. Il importe cependant de dépister la tuberculose articulaire dès son début et nous allons passer en revue les différentes affections qui peuvent la simuler à cette période.

Hydarthrose simple. — Il faut entendre par hydarthrose simple, celle qui est symptomatique d'une synovite plastique, non microbienne, au moins jusqu'à l'heure actuelle. Ce qui la caractérise c'est l'épaississement de la synoviale, qui dans un cas cité

par Panas, mesurait presque un travers de doigt d'épaisseur, et dans un cas de Le Dentu deux centimètres d'épaisseur. Son étiologie n'est guère élucidée et à côté du froid et de l'humidité, il faut placer les dyscrasies : goutte, arthritisme, rhumatisme.

Son début est le plus généralement lent et c'est l'augmentation de volume de l'article qui engage le malade à venir consulter le chirurgien. La jointure est déformée : les saillies et les dépressions sont effacées ; les culs-de-sac sont distendus par l'épanchement et la synoviale est épaissie. Au point de vue fonctionnel, il n'est pas rare de trouver une légère gêne des mouvements, amenant consécutivement l'atrophie plus ou moins marquée du membre.

Nous retrouvons là quelques uns des signes de la tuberculose articulaire : épanchement, gêne des mouvements, atrophie musculaire.

Mais ces ressemblances sont bien plus apparentes que réelles. La fluctuation de l'hydarthrose est plus franche, l'épanchement étant plus abondant que dans l'arthrite tuberculeuse au début. C'est son abondance qui, en déformant l'article, entraîne la gêne des mouvements, et non plus la contracture musculaire et la douleur. La palpation des surfaces articulaires est indolore et les ganglions sont normaux. Au reste, en interrogeant le malade, on arrive, après avoir éliminé la tuberculose, à la véritable étiologie de l'épanchement articulaire. « L'hydarthrose, dit Bouilly, n'est pas par elle-même une « maladie, c'est un symptôme et tous nos efforts doi-

« vent tendre à trouver la lésion dont elle n'est que « l'expression symptomatique. » La lésion dans le cas d'hydarthrose simple est le plus souvent une maladie générale ; le rhumatisme, la goutte, l'arthritisme, quelquefois le mal de Bright.

Hydarthrose secondaire. — A côté de l'hydarthrose simple, il existe un certain nombre d'épanchements articulaires auxquels on a donné le nom de secondaires. Ils donnent lieu aux mêmes signes que ceux qui accompagnent l'hydarthrose simple, mais le facteur étiologique, « la lésion dont ils sont symptomatiques », nous est mieux connu. Ces hydarthroses secondaires sont nombreuses ; les unes sont consécutives à une maladie infectieuse, comme la syphilis, la blennorrhagie, la scarlatine, la variole, l'érysipèle, la tuberculose ; les autres sont des hydarthroses de transsudation ainsi que l'on en observe au cours de la phlegmatia alba dolens, des œdèmes cardiaques ou cachectiques, ; quelques-unes, dites hydarthroses nerveuses, accompagnent les plaies des nerfs, une maladie de la moelle ou du cerveau. Il ne faut pas oublier non plus que le traumatisme a une influence incontestée sur la formation des épanchements articulaires.

Le diagnostic de l'hydarthrose secondaire est soumis aux mêmes considérations que celui de l'hydarthrose simple. Mais ici, nous avons une connaissance plus nette, plus facile à déterminer, de la cause de l'épanchement, si bien que l'idée de tuberculose articulaire sera vite écartée de l'esprit du chirurgien.

Traumatisme. — Les traumatismes qui portent sur les articulations, provoquent à leur niveau divers phénomènes : les uns sont immédiats, les autres ne surviennent que plus tard alors que toute trace extérieure de violence a disparu. Parmi les premiers, il convient de ranger l'épanchement traumatique et l'hémarthrose. Ces deux grands symptômes des contusions articulaires, surtout lorsqu'il s'y joint des marques visibles du trauma, telles que plaie, ecchymose, ne permettent guère de laisser le diagnostic en suspens. Les dires du malade qui ne souffrait pas de son articulation avant l'accident, le bon état de la synoviale sont là pour tracer la voie au chirurgien.

Mais lorsque le traumatisme est déjà ancien, que les premiers phénomènes ont disparu, il se fait au niveau des tissus péri-articulaires des modifications plastiques, qui peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic. Les bourses séreuses et les gâines tendineuses qui avoisinent la jointure, ont souffert elles aussi de la violence du choc. Il en résulte un peu d'épanchement qui, suivant la prédisposition du sujet, peut se résorber sans laisser de traces, mais qui quelquefois s'organise en tissu fibreux. Dès lors les mouvements deviennent douloureux, moins étendus que du côté sain, le membre s'atrophie, c'est la péri-arthrite qui s'est constituée. C'est là une affection qui simule souvent la tuberculose articulaire au début, mais dont le diagnostic est possible en analysant bien les faits.

Le traumatisme primitif que l'on trouve dans les

antécédents personnels du malade, est déjà un bon appoint. Mais il faut se méfier un peu et ne pas rapporter tout de suite à cette cause l'état actuel de l'articulation. Les chocs, les violences qui portent sur les jointures peuvent y déterminer l'éclosion d'une tuberculose locale. Max Schuller l'a bien démontré par ses expériences. Cet auteur après avoir rendu des animaux tuberculeux par injection de matière tuberculeuse dans les poumons, faisait apparaître, en les traumatisant, des arthrites tuberculeuses au niveau des jointures.

La contracture musculaire et l'atrophie existent ici comme dans la tuberculose ; on y trouve également de la douleur, mais cette douleur a une localisation spéciale dans la périarthrite. Ce n'est pas l'os, qui est douloureux, ce n'est pas au niveau des surfaces articulaires mises dans leur position d'examen, que la pression digitale révélera le maximum de douleur ; mais c'est au niveau des bourses séreuses et des gaines tendineuses qu'on la trouvera. Enfin si l'on recherche les petits ganglions qui servent de carrefour aux lymphatiques de la jointure, on les trouve normaux, alors que dans la tuberculose articulaire ils deviennent en s'hypertrophiant un des meilleurs signes de l'infection bacillaire.

Rhumatisme chronique. — Le rhumatisme, c'est un de ses caractères, à une affinité toute spéciale pour les articulations. Aussi est-il bon dans cette étude sur le diagnostic de la tuberculose articulaire, de s'arrêter tout spécialement sur ce sujet. Nous

n'aurons en vue dans ce paragraphe que le rhumatisme chronique, l'attaque de rhumatisme aigu ne ressemblant en rien au début d'une tumeur blanche ou d'une coxalgie.

Tout comme dans l'arthrite tuberculeuse, il existe dans l'arthrite rhumatismale une certaine gêne fonctionnelle, qui amène bientôt un peu d'atrophie du membre. Cette gêne, surtout due à la douleur siégeant au niveau de l'article, se complique également d'une légère contracture musculaire.

Instinctivement le membre prend une position où la douleur est moindre, diminuant la tension des parties enflammées et relâchant les ligaments. Cette contracture qui était d'abord volontaire devient réflexe et persistante. Elle donne déjà au membre une attitude spéciale et toujours la même quelle que soit la cause de l'arthropathie douloureuse. Elle n'a par conséquent rien de caractéristique dans aucun cas.

La douleur est encore un symptôme commun aux deux affections. Quand le rhumatisme est subaigu, la douleur est en général très vive dès le début ; elle est spontanée et exagérée par la pression au niveau des tissus péri-articulaires plus ou moins œdédiatiés. Dans la forme chronique proprement dite, la douleur est remarquable par son irrégularité. « Quelques
« malades éprouvent en effet des douleurs assez
« vives, d'autres les ressentent à peine. En général
« elles sont sourdes, profondes et ne prennent que

« de temps en temps une grande intensité. Elles
« reparaissent à l'occasion d'un effort, d'un mouve-
« ment violent. Chez quelques-uns le froid les
« aggrave, chez d'autres c'est la chaleur. Dans les
« grandes articulations il y a un point fixe où la
« douleur se fait plus vivement sentir et la pression
« exercée sur ce point exaspère les souffrances. Il
« nous a paru que ce point, sorte de lieu électif de
« la douleur, correspond aux nerfs qui passent sur
« l'articulation. Dans le rhumatisme chronique du
« genou, les douleurs les plus fortes se font en effet
« sentir au lieu où passe le nerf saphène interne ».
(*Compendium de Chirurgie*).'

D'une manière générale dans l'arthrite sèche la douleur est faible, ou nulle ; elle n'est jamais continue, ni provoquée ; elle permet la marche sans douleurs et ne provoque pas de contracture.

Dans la synovite tuberculeuse au début les phénomènes douloureux sont fugaces et rarement très violents. La douleur est exacerbée par la marche et la fatigue, elle disparaît par le repos ; un mouvement violent la réveille, il n'est pas rare de la voir augmenter d'intensité quand le malade vient de se coucher. Ces symptômes n'ont rien de bien différent avec ceux du rhumatisme. Mais si l'on cherche, dans ces deux affections, où siège sur l'article le maximum de la douleur, on arrive à trouver un excellent moyen de les différencier. En effet, tandis que dans le rhumatisme la douleur est péri-articulaire, localisée dans les tissus mous, avec un maximum au niveau

du trajet des nerfs, dans la tuberculose articulaire elle est osseuse. La compression des surfaces articulaires la réveille, la pression digitale permet d'y retrouver un ou plusieurs points plus douloureux. Enfin, fait spécial à l'ostéo-synovite tuberculeuse, on observe bien souvent des douleurs à distance, irradiées vers les articulations voisines, ou simulant des névralgies.

Les épanchements du début de la tuberculose articulaire ne sont pas aussi volumineux que les hydarthroses rhumatismale. Le gonflement de l'articulation est toujours plus accentué dans le rhumatisme ; il est souvent nul dans la tuberculose.

La jointure du rhumatisant est le siège de craquements que ne possède pas le tuberculeux. De plus, étant donné la date du début de l'affection, l'exploration permet de constater que plus le rhumatisme est ancien, plus les tissus deviennent denses, tandis que le contraire a lieu pour les tumeurs fongueuses des articulations qui se ramollissent de plus en plus.

Enfin dans l'examen du malade, on ne doit pas négliger la question des antécédents héréditaires et personnels. Les premiers sont d'une grande utilité, les seconds mettent bien vite sur la voie du diagnostic. Si le sujet est un rhumatisant il est rare qu'une seule articulation soit prise. L'affection va d'une jointure à l'autre, ou se manifeste simultanément sur plusieurs articulations, avec une affinité toute spéciale pour celles des doigts et des orteils ; elle est

sujette à des poussées aiguës ou subaiguës, séparées par des intervalles de bonne santé. Il y a loin de cette évolution à celle que nous offrent les arthrites tuberculeuses. Dans celles-ci à partir du début, le développement se fait d'une façon continue, sans intermitteances prononcées, avec de simples variations dans l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Cet exposé général des différences qui existent entre le rhumatisme et la tuberculose articulaire vise surtout les articulations des membres. Mais au niveau de la colonne vertébrale les manifestations de ces deux affections sont un peu plus délicates à différencier, aussi avons-nous cru utile d'insister tout particulièrement sur ce diagnostic. La question a du reste une réelle importance, si l'on songe que le voisinage du bulbe ou de la moelle rend la tuberculose vertébrale particulièrement dangereuse.

Rhumatisme et mal sous-occipital. — L'intérêt du diagnostic se concentre au début, car c'est alors qu'il y a des erreurs à éviter. La déviation de la tête simule parfaitement le torticolis rhumatismal. Mais cette affection débute brusquement; dès le premier jour la maladie est constituée et sa durée, quelque peu variable, ne se prolonge jamais longtemps. La douleur est localisée sur les muscles, soit le sterno-cléido-mastoïdien ou les muscles postérieurs du cou. On n'observe pas en outre de douleur dans la région sous-occipitale, ni dans le pharynx, pas plus qu'on n'arrive à découvrir des douleurs névralgiques irradiées.

L'atlas et l'axis peuvent être le siège d'arthrites rhumatismales ou infectieuses à forme aiguë. Ces arthrites qui s'accompagnent d'un début brusque avec fièvre, douleur, empâtement plus ou moins accentué de la région sous-occipitale mettent, du fait de leur évolution, à l'abri d'une erreur de diagnostic. Mais plus tard il reste un endolorissement plus ou moins marqué de la région ; la tête est souvent déviée, le cou est plus ou moins déformé. Cet état pourrait fort bien être pris pour un mal de Pott sous-occipital. Mais il faut se souvenir en présence d'une déviation de la tête liée à une affection sous-occipitale, d'interroger le malade sur le mode de début de l'affection, la marche de la maladie et les phénomènes pathologiques survenus à cette époque. Le début brusque, avec fièvre, doit écarter l'idée d'arthrite tuberculeuse qui est toujours lente et insidieuse à sa première période.

Chez l'adulte l'arthrite déformante sous-occipitale qui occasionne de la douleur, des craquements, de l'empâtement de la région, qui a une marche lente avec poussées subaiguës, pourrait peut-être donner lieu à la confusion.

« Cependant, dit le Professeur Lannelongue, en
« ce cas on est guidé par un certain nombre de carac-
« tères différentiels. La déviation du cou est nulle
« ou peu marquée ; les mouvements quoique limi-
« tés, se produisent dans une certaine étendue, sans
« douleur vive ; ils s'accompagnent de craquements
« rudes ; le gonflement de la nuque n'a pas les

« caractères d'empatement et de mollesse qui appartiennent aux fongosités et aux abcès profonds.

« L'état général est bon, il n'existe pas d'autre localisation tuberculeuse ; l'affection a duré fort longtemps ; plus longtemps que ne met le mal sous-occipital à parcourir toutes ses périodes avant de s'accuser par une déformation extérieure marquée.

Rhumatisme et mal de Pott cervical. — A la région cervicale le mal de Pott débute par la contracture. Cette raideur permanente s'accompagne de sensibilité des vertèbres à la pression et le toucher pharyngien en la réveillant fournit d'utiles renseignements.

C'est à ce moment que la tuberculose vertébrale des dernières vertèbres cervicales, peut être confondue avec l'arthrite rhumatismale de cette région. Cette affection est assez fréquente chez l'enfant ; elle débute brusquement avec de la fièvre, des douleurs ; elle s'accompagne de gêne des mouvements, d'inclinaison de la tête et la pression digitale au niveau des vertèbres cervicales permet de localiser certains points douloureux. Jusqu'ici l'invasion subite de la maladie n'offre guère de difficultés de diagnostic. Mais plus tard, cette arthrite qui a fini par guérir, a laissé après elle des traces qui peuvent donner lieu à des erreurs. Les phénomènes qui se montrent alors sont : une déformation et une attitude simulant celle du mal de Pott cervical. Les muscles postérieurs du cou et quelquefois le sterno-cléido-

mastoïdien sont contracturés ; à la pression on localise des points douloureux sur une zone déterminée du rachis ; on trouve des douleurs périphériques spontanées dans la région voisine, l'épaule et quelquefois les membres supérieurs. Tous ces signes existant d'une manière permanente, sans réaction fébrile appréciable, on conçoit bien, surtout quant on n'est pas fixé sur le début, quelles sont les difficultés du diagnostic. Néanmoins voici comment M. Lannelongue envisage la question. « Il ne
« s'agit bien entendu que des cinq dernières articu-
« lations vertébrales du cou et non de celles de l'atlas
« et de l'axis. Les mouvements de rotation de la
« tête sont libres ; la déviation du cou est latérale,
« la courbure du rachis est plutôt une scoliose
« qu'une déviation antéro-postérieure. De plus il
« est rare que l'immobilité de la région soit aussi
« absolue que dans le mal de Pott.

« Comme la déformation est simple et due à des
« altérations limitées, il n'y a de gonflement que
« d'un côté, et ce gonflement osseux est produit par
« la courbure du rachis. On atteint plus facilement
« de ce côté les apophyses transverses et articu-
« laires qui soulèvent les muscles. Il n'y a pas d'em-
« patement total et symétrique de la région ; on ne
« trouve pas non plus cette tuméfaction envahis-
« sante des parties molles, qui dans le mal de Pott
« conduit à la formation d'abcès. L'affection rhuma-
« tismale ne se complique jamais d'abcès ; l'atrophie
« musculaire est plus prononcée que dans l'arthrite
« tuberculeuse. »

Les névralgies intercostales ou sciatiques, qui sont souvent les premiers symptômes d'un mal de Pott dorsal ou lombaire, demandent à ce que la colonne vertébrale soit sérieusement examinée avant de les ranger au nombre de manifestations rhumatismales.

Syphilis héréditaire. — La syphilis héréditaire, quelquefois même la syphilis acquise dans le bas âge, donne lieu dans la période d'activité du squelette à des troubles qui peuvent simuler un début d'arthrite tuberculeuse. Ces troubles siègent au niveau des épiphyses des os longs, point où l'activité organique est extrêmement accentuée. Les malades se plaignent d'une de leurs articulations ; elle est douloureuse spontanément et quand ils en font usage ; les mouvements sont gênés et le membre s'atrophie. Voilà bien des symptômes qui rappellent un début d'ostéo-synovite tuberculeuse.

Mais examinons attentivement la jointure. Qu'y trouve-t-on ? La synoviale, la capsule, les ligaments sont normaux ou à peu près ; leur sensibilité et leur consistance ne présentent aucun caractère particulier qui puisse attirer l'attention. Mais il n'en est plus de même du squelette. L'épiphyse de l'os est tuméfiée, les crêtes osseuses sont devenues mousses, les surfaces planes sont bosselées. La pression digitale appliquée sur cette extrémité osseuse y révèle une douleur assez vive et assez étendue. Si les mouvements sont gênés cela ne tient pas à une maladie de l'articulation ; si la flexion et l'extension sont

incomplètes, l'unique cause doit en être recherchée dans un obstacle mécanique, tenant à la disproportion de certaines parties du squelette.

Ce n'est pas le propre de la tuberculose articulaire de prendre un aussi grand développement hyperostotique jusque dans l'intérieur de la jointure, sans amener un retentissement fongueux du côté de la synoviale. On trouverait une arthrite réactionnelle assez intense, avec un épanchement plus ou moins abondant, un épaississement appréciable de la capsule et de la sensibilité des culs-de-sac ; elle aurait déterminé une contracture par vigilance musculaire qui limiterait d'une manière active, et non plus mécaniquement, les mouvements de l'articulation.

Telle est la base fondamentale du diagnostic clinique. Mais ce n'est pas tout : en saisissant à pleine main l'extrémité osseuse malade, en l'examinant de haut en bas, on reconnaît généralement que l'hyperostose syphilitique est diffuse et totale. Elle comprend toute l'épaisseur du segment de l'os qu'elle atteint, obscurcissant le dessin de ses formes, émoussant les arêtes et renflant ses faces, mais en lui conservant toujours une certaine régularité.

Bien plus, on trouve encore sur le reste du corps d'autres manifestations de l'hérédosyphilis si bien étudiées en détail par Parrot. Ce sont des déformations du squelette souvent fréquentes au crâne. L'asymétrie de la face, les saillies des bosses frontales ou pariétales constituant ce qu'il est convenu d'appeler le front olympien et le crâne natiforme de Parrot,

l'hydrocéphalie, la micro-céphalie, sont toutes autant de stigmates de l'hérédité spécifique. Du côté des yeux, des oreilles et des dents il est souvent permis d'observer quelques-uns des signes qui constituent la triade d'Hutchinson : iritis, kératite interstitielle, écoulements d'oreille, otite moyenne, implantation irrégulière et malformations des dents. Sur les os des membres on rencontre encore des bosselures, des incurvations, des épaisissements qui ne laissent pas doute sur leur étiologie.

Enfin, dernier argument tiré de la thérapeutique, le traitement mercuriel qui est le spécifique de la syphilis, n'a aucune influence sur l'évolution de la tuberculose articulaire.

Ostéosarcome. — L'ostéosarcome est une des néoplasies les plus fréquentes des os. Virchow, Nélaton, Ranvier, Schwartz en ont distingué deux variétés, en prenant leur origine pour base de leur classification. Voilà pourquoi ils ont donné aux uns le nom de sarcomes centraux ou myélogènes, aux autres celui de périphériques ou périostaux. Les sarcomes centraux sont généralement épiphysaires, plutôt situés à l'extrémité des os longs ; il n'est pas rare de les voir envahir la jointure voisine, ce qui arriverait 1 fois sur 6 d'après Schwartz. Les sarcomes périostiques occupent de préférence la diaphyse, en tout cas ils n'atteignent que plus rarement l'articulation, 1 fois sur 10, toujours d'après la statistique de Schwartz. Les premiers doivent surtout nous intéresser car ils simulent souvent la tuberculose articulaire.

L'ostéosarcome débute de façons bien variables. Tantôt il est indolent et le malade ne s'aperçoit de rien jusqu'au jour où il remarque l'existence d'une tumeur ; quelquefois c'est une fracture, dont la cause paraissant assez inexplicable, amène la découverte de la tumeur : mais le plus souvent le premier symptôme signalé, c'est la douleur. Cette douleur est osseuse, spontanée ou provoquée, gênant la marche et amenant l'atrophie du membre. La tumeur s'accroît assez rapidement, elle peut gagner l'articulation et elle simule alors une affection articulaire, surtout la tuberculose. Plus tard quand la tumeur a pris un grand développement, qu'elle donne à l'articulation une forme caractéristique « en gigot », que les veines superficielles sont dilatées, que l'on peut percevoir la « crépitation parcheminée » ou la « crépitation fine osseuse » l'erreur est plus rare, aussi est-ce au début des deux affections, qu'il est surtout utile de savoir faire le diagnostic.

La constitution générale de l'individu ne nous fournit pas d'utiles renseignements. L'ostéosarcome, se développe aussi bien chez les scrofuleux, les rhumatisants, les syphilitiques, tout comme la tumeur blanche. L'influence des traumatismes est aussi manifeste dans les deux affections. Plus précieuse pour le diagnostic est l'existence chez les ascendants ou le patient lui-même d'une tumeur située en un autre point de l'économie. C'est ainsi que M. Terrier a signalé chez une femme, la présence d'une tumeur

du coude prise pour une tumeur blanche, concomitante avec un cancer du sein. Le Dr Terrillon cite le cas d'un enfant soigné pour une coxalgie, chez qui il diagnostiqua un sarcome de la hanche, diagnostic confirmé par la présence d'une tumeur de même nature dans les os du crâne.

Les signes physiques ou fonctionnels peuvent-ils nous fournir des éléments de diagnostic différentiel ? Les douleurs n'ont pas les mêmes caractères dans les deux cas. Dans l'ostéosarcome elles sont intenses, tenaces et non calmées par le repos et l'immobilisation du membre ; dans ce dernier cas la compression devient intolérable. Dans la tuberculose articulaire au début elle est fugace, intermittente ; elle augmente d'intensité sous l'influence de la fatigue, mais le repos la calme et l'immobilisation la fait disparaître.

Un renseignement encore important nous est fourni par l'état des surfaces articulaires. L'ostéosarcome n'envahit pas toujours l'articulation, il respecte souvent la surface cartilagineuse et dans ce cas on n'observe pas de modification dans l'intérieur de la jointure. La tuberculose articulaire par contre, même quand son début est osseux, finit toujours par détruire les cartilages ; on observe alors dès le début un peu d'épaississement de la synoviale accompagné parfois d'un peu d'épanchement. Au surplus, la tumeur sarcomateuse s'étend plus volontiers vers la diaphyse.

Les mouvements de l'articulation sont plus libres

dans le cas d'ostéosarcome que dans la tuberculose articulaire ; ils sont souvent moins douloureux dans le premier cas que dans le second.

Parmi les moyens employés pour arriver à ce diagnostic il convient de citer la ponction exploratrice. C'est ainsi que Galozzi cite un cas, dans les *Annali universalidi medicina* de 1879, p. 428, où il fit la ponction exploratrice pour lever tous les doutes. Le sang coula par le trocart, le diagnostic d'ostéosarcome fut porté et la tumeur enlevée démontra la véracité du diagnostic. On peut rapprocher de ce fait celui qu'a rapporté le Dr Duret, et qui est consigné dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1873. Une tumeur blanche du cou-de-pied résistant à tous les traitements, le professeur Duplay pensa qu'il pouvait bien s'agir d'une tumeur maligne. Il incisa la tumeur qui donna issue à une grande quantité de sang ; c'était un ostéosarcome du calcanéum.

L'ostéosarcome se distingue encore de la tumeur blanche en ce qu'il résiste à tous les traitements employés contre elle ; quelquefois même l'immobilisation dans un appareil plâtré est la cause d'une poussée aiguë, ce qui est un bon traitement pour la tuberculose articulaire.

Enfin l'évolution des deux maladies est assez différente. La marche de l'ostéosarcome est assez rapide ; livré à lui-même il arrive en quelques mois à un volume énorme, envahit les parties voisines, mais ne suppure jamais. La tuberculose articulaire a une marche plus lente ; elle met souvent plusieurs années à évoluer et finit toujours par suppurer.

Ostéomyélite prolongée. — Au nombre des affections para-articulaires auxquelles on est en droit de songer au sujet du diagnostic de l'ostéo-synovite tuberculeuse, il faut placer l'ostéomyélite. Ce n'est pas au début, pendant sa période aiguë que l'on peut confondre ces deux affections. La marche rapide de l'ostéomyélite, avec ses vives douleurs, sa fièvre intense et son cortège de phénomènes généraux, sont les meilleurs signes qui puissent les différencier. Mais dans la suite, quand l'affection est devenue chronique, quand elle revêt la « forme prolongée », si bien décrite par M. Lannelongue et son élève le Dr Comby, le problème devient plus difficile.

L'ostéomyélite aiguë ne se termine pas toujours par la guérison complète. Dans certains cas elle laisse après elle des nécroses étendues qui prolongent longtemps la convalescence ; quelquefois les désordres sont moins grands, mais il subsiste des fistules qui mettent du temps à se tarir ; dans un troisième ordre de faits tout semble définitivement terminé, la plaie s'est cicatrisée sans fistules, l'os paraît seulement un peu hypertrophié. Cependant cette guérison sur laquelle on pouvait compter n'est bien souvent que temporaire. « On a laissé partir
« les malades, dit le Dr Lannelongue, on les a perdus
« de vue, on les croit guéris ; mais si l'on a eu l'occa-
« sion de les suivre, on arrive à se former cette con-
« viction que, pendant une période qui s'étend de
« quelques mois à 40, 50, 60 ans, c'est-à-dire pen-
« dant toute la vie, les malades sont exposés à des

« poussées tardives, chroniques, à des abcès, à des « nécroses ». Ce sont ces poussées chroniques qui peuvent égarer le diagnostic. L'infection qui n'est pas complètement éteinte, se réveille sous des influences peu faciles à préciser ; c'est souvent la fatigue ou un traumatisme. L'épiphyse devient douloureuse, et cette douleur est fixe, constante, s'exacerbant la nuit ; la marche devient pénible, le membre est plus ou moins atrophié. Cette petite crise n'arrive pas toujours d'emblée à la suppuration et, après quelque temps d'accalmie, elle se reproduit jusqu'au jour où un abcès se forme, s'ouvre dehors et reste plus ou moins longtemps fistuleux.

Mais entre temps n'a-t-on pas le droit de penser un peu à un début d'arthrite tuberculeuse ? Dans ce cas, deux points résument le diagnostic : l'examen du membre et les antécédents personnels du malade. L'ostéomyélite laisse toujours quelques déformations sur le membre qu'elle a atteint. L'extrémité osseuse est augmentée de volume et plus ou moins irrégulière. L'hypérostose est une conséquence précoce et presque toujours constante de l'ostéomyélite ; c'est une règle qui ne comporte que de très rares exceptions. Elle date de la période aiguë ; elle est la conséquence de la réparation osseuse, basée sous la formation d'un os nouveau sous-périostique. Cette hypérostose est en général localisée à l'épiphyse, siège primitif de l'affection, mais elle peut s'étendre à la diaphyse, que pour la même raison l'on trouve déformée. En même temps qu'ils ont augmenté de

volume, les os ont subis des variations de longueur. Bien souvent on trouve le membre malade allongé, plus rarement il est raccourci, ce qui dans les deux cas aboutit au même résultat, la claudication. On trouve encore sur ce membre malade des cicatrices anciennes, résultant des abcès de la période aiguë. Enfin en remontant dans le passé du malade, en fouillant son histoire pathologique, on retrouve l'ostéomyélite aiguë parmi ses antécédents personnels.

Si le malade se présente après que ces poussées chroniques ont amené la formation d'un abcès et d'une fistule longue à se cicatriser, le diagnostic repose sur les mêmes données, mais on peut y ajouter l'analyse bactériologique, qui le plus souvent révélera la présence d'un staphylocoque.

Arthropathies hystériques. — Les manifestations articulaires d'origine nerveuse sont assez nombreuses ; mais, à part l'hystérie, il est bien rare de les voir simuler une arthrite tuberculeuse. Les arthropathies consécutives aux lésions des nerfs, aux maladies du cerveau et de la moelle, que l'on rencontre surtout dans le tabes et la syringomyélie, quelquefois dans le cours de la sclérose en plaque, de la paralysie générale et des myélites infectieuses ont leurs caractères spéciaux. Leur indolence, les troubles trophiques qui les accompagnent et les signes de la maladie déjà existante, les différencient assez pour ne pas être la cause d'erreurs de diagnostic.

Par contre l'arthropathie hystérique emprunte

ses principaux symptômes à l'arthrite tuberculeuse. La douleur et la contracture, qui sont ses seuls signes, sont communes aux deux affections. Mais ici la douleur a un caractère spécial ; elle ne siège pas dans les extrémités osseuses de l'articulation, mais dans la peau hyperesthésiée. Cette hyperesthésie est d'ordinaire très intense, souvent plus vive « quand le malade voit l'examen auquel on « le soumet », ce qui montre bien son caractère psychique. Il n'est pas exceptionnel du reste que la zone hyperesthésique soit hystérogène et que sa palpation provoque soit des phénomènes d'aura (Charcot), soit des crises complètes (Brodie, Lannelongue).

La contracture musculaire est le second symptôme de l'arthropathie hystérique. Elle est remarquable par son exagération rapide et par sa diffusion qui dans bien des cas, s'étend à tout le membre.

L'examen du malade sous le chloroforme vient enfin lever tous les doutes. Quand l'anesthésie est poussée assez loin la contracture cesse, l'articulation est largement mobile dans tous les sens, sans que l'on puisse constater la moindre gêne, ou le plus léger craquement. En outre, au moment du réveil on remarque, et ce sont des faits sur l'importance desquels Charcot a attiré l'attention, que la contracture ne se reproduit qu'après le retour complet de la connaissance et qu'il est impossible de provoquer de la douleur par la pression au niveau des surfaces articulaires, tant que l'hyperesthésie

cutanée n'est pas revenue : c'est donc elle qui la simule. L'arthropathie hystérique n'est donc pas due à une lésion articulaire.

Au reste si le début de ce qu'on est convenu d'appeler coxalgie hystérique, tumeur blanche hystérique est quelquefois lent, souvent l'hyperesthésie et la contracture s'établissent brusquement, avec toute leur intensité, à la suite d'une attaque ou d'un traumatisme, ce qui n'arrive jamais dans l'ostéosynovite tuberculeuse.

La présence des stigmates de l'hystérie : anesthésies, hyperesthésies, contractures, rétrécissement du champ visuel, crises nerveuses symptomatiques de l'affection, ne laisseront guère de doutes sur la nature de la maladie.

CHAPITRE III

Traitement de l'ostéo-synovite tuberculeuse au début.

Depuis l'insuccès de la tuberculine, on a essayé de différents côtés d'appliquer à la tuberculose la méthode d'immunisation que Pasteur avait appliquée à la rage. Grancher et Martin tentèrent des expériences avec des cultures progressivement virulentes, mais les résultats n'ont pas été concluants et ils sont les premiers à reconnaître qu'on est bien loin de conférer une immunité sûre et inoffensive. Les essais de vaccination à l'aide des produits solubles extraits des cultures n'ont pas été plus heureux ; si bien que le traitement spécifique de la tuberculose est encore à trouver. Aussi devons-nous, jusqu'à nouvel ordre, nous contenter d'appliquer à la cure de la maladie, quelle que soit sa localisation, les diverses ressources que la chirurgie et la médecine mettent à notre disposition.

I. *Traitement prophylactique.* — Nous connaissons bien maintenant la nature infectieuse et parasitaire de la tuberculose, et quelques-unes des principales conditions qui déterminent l'infection. Nous savons notamment que c'est la dissémination des crachats desséchés et respirés sous forme de poussières virulentes, qui propage la maladie. Il faut s'appliquer à obtenir des phtisiques qu'ils ne répandent pas leurs crachats partout, autour d'eux, sur le sol, dans les mouchoirs où ils se dessèchent pour voltiger ensuite dans l'air ambiant. C'est dans un crachoir qu'ils doivent les rejeter, ou dans un mouchoir qui, journellement renouvelé, sera brûlé ou désinfecté. Les mêmes considérations s'appliquent aux linges souillés de pus tuberculeux. Si l'on parvenait à discipliner les malades sur ce sujet, et à les convaincre de l'intérêt qu'il y a pour eux, et surtout pour ceux qui les entourent, à se conformer à cette pratique, on arriverait à enrayer en partie la propagation de la maladie :

L'infection par l'alimentation est plus rare, mais elle existe. C'est surtout le lait provenant de vaches tuberculeuses qui est à redouter ; aussi est-il utile, quand on a des doutes sur sa provenance, de le soumettre à l'ébullition, surtout quand il est destiné à l'alimentation des enfants.

Mais où le médecin doit surveiller particulièrement la contagion, c'est dans les groupements d'individus. C'est bien souvent à l'école que l'enfant s'infecte, c'est à l'armée, c'est à l'usine, c'est à l'ate-

lier que bien des adultes contractent la maladie, au contact de phtisiques qui sont de vrais foyers de contagion. Il faudrait pouvoir isoler tous ces malades, mettre à leur disposition des sanatoria gratuits ou à la portée de leurs moyens d'existence. Cette création aurait pour résultat, à la fois la guérison d'un certain nombre d'entre eux et la suppression d'une source d'infection. Tous seraient soumis à un traitement rationnel et méthodique, tous seraient astreints à des mesures prophylactiques rigoureuses.

L'hérédité est un facteur étiologique dont l'importance est indiscutable, quelle que soit du reste la façon dont on interprète la transmission héréditaire de la maladie. Les enfants issus de phtisiques doivent être soumis à une hygiène particulière, soit qu'on admette qu'ils n'héritent de leurs parents que d'une simple prédisposition, soit que l'on pense qu'ils apportent en naissant le germe latent de la maladie. Il faut les soustraire au séjour des villes, à l'air confiné, aux milieux humides et mal éclairés et les faire vivre à la campagne, au grand air, à la lumière, « faire d'eux de petits paysans » comme le disait Peter. Les bains de mer seront un bon agent prophylactique, surtout pour les scrofuleux.

II. Traitement Général. — La tuberculose articulaire est une maladie infectieuse encore localisée en un point de l'économie, mais qui peut se généraliser d'un moment à l'autre. Il faut donc en premier lieu donner à l'organisme les moyens de se défendre contre une généralisation toujours possible, et

secondairement lui permettre de repousser l'infection qui existe déjà, telle est l'idée dominante du traitement général.

La thérapeutique n'a qu'un rôle assez effacé dans le traitement général de la tuberculose articulaire ; l'hygiène au contraire prend la place prépondérante. C'est elle qui règle l'alimentation, le genre de vie du malade, meilleurs agents de guérison que les plus savantes formules. La diététique est basée sur la désassimilation intense qui mine chaque jour l'économie du tuberculeux. L'élimination des phosphates et des matières azotées est considérablement augmentée ; il faut donner à l'économie de quoi réparer ses pertes. L'alimentation doit être abondante, sans être exclusive : les graisses et les hydrates de carbone, tout aussi bien que la viande, feront partie du régime. Mais il faut préférer les aliments les plus riches en matières nutritives. Les viandes, les cervelles, les poissons, les œufs, les légumes, surtout les lentilles et les pois, les pâtes alimentaires, le lait, le beurre, le fromage frais seront les principaux aliments à recommander.

Le malade qui, comme nous le verrons plus tard, sera plus ou moins immobilisé dans un appareil, ne doit pas pour cette raison rester confiné dans un appartement souvent mal ventilé, ordinairement mal éclairé. Ce qu'il lui faut, c'est la vie au grand air et à la lumière, l'air et le soleil constituent le meilleur mode de bactériothérapie. C'est que de tout temps on a reconnu les funestes effets de l'air

confiné, et son influence sur le développement de la phthisie ; la fréquence de la tuberculose dans les ateliers, dans les logements étroits et mal ventilés est assez connue pour que nous n'y insistions pas. Peu à peu on l'habitue à la pratique de l'aération continue, qui inspire toujours au début une certaine répugnance. Ce n'est pas seulement le jour que le malade doit respirer de l'air pur, la nuit il doit dormir les fenêtres ouvertes. Cette cure de jour et de nuit peut se faire par tous les temps et sous tous les climats, à la condition que le malade soit vêtu de façon à braver les intempéries.

Le séjour au bord de la mer est particulièrement utile dans le traitement de la tuberculose articulaire. L'imprégnation de l'atmosphère par les buées salines est un puissant modificateur de la nutrition. Mais la cure marine ne convient pas indistinctement à tous ces malades, on s'abstiendra d'y envoyer les enfants trop jeunes, les personnes trop irritables ou bien celles qui sont atteintes d'affection du cœur, de mal de Bright, de dermatoses étendues. Parmi les stations maritimes spécialement recommandées, il faut signaler Bercq-sur-Mer sur les plages du Nord ; Arcachon, Biarritz, Royan, sur les plages du Midi, les plages de l'Ouest sont également indiquées.

Lorsqu'il existe des contre-indications au séjour au bord de la mer, et même indépendamment de cette raison, on peut prescrire au malade un traitement aux eaux chlorurées sodiques et sulfureuses. Les bains chlorurés produisent une action irritante sur la peau ;

à la suite du bain persiste pendant cinq à six heures une rougeur généralisée des téguments, d'où une puissante dérivation, et en même temps des modifications de la nutrition qui ont été constatées d'une façon rigoureuse. C'est ainsi que d'après Beneke, l'usage des bains salés détermine une augmentation considérable dans la combustion des matières albuminoïdes, c'est-à-dire une augmentation dans la proportion d'urée, tandis que l'acide urique et phosphorique diminuent. D'autre part Röhrig et Kuntz ont trouvé que dans le bain salé, il y a davantage d'oxygène consommé et plus d'acide carbonique produit. Il va de soi que cet accroissement des échanges nutritifs a une grande action dans la tuberculose, qui d'autre part se caractérise par une déperdition notable en phosphates.

Parmi les eaux chlorurées sodiques recommandées aux tuberculeux articulaires, il faut citer Salins du Jura, Salies de Béarn, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault ; parmi les eaux chlorurées et sulfureuses, Challes en Savoie et surtout Uriage dans l'Isère.

Nous avons dit au début que la thérapeutique ne devait jouer qu'un rôle secondaire dans ce traitement général, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut rendre des services dans certains cas. C'est ainsi que l'arsenic, le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés artificiels, prêteront avantageusement leur concours au traitement hygiénique, pour accélérer la guérison de l'articulation et

préserver l'organisme des funestes effets des infections secondaires.

III. *Traitement local.* — Le traitement local des ostéo-synovites tuberculeuses est toujours une tâche ingrate et difficile. Il faut beaucoup de temps, de soins, de patience pour les conduire à la guérison. Des soins minutieux doivent entourer le malade durant tout le traitement, mais commencé de bonne heure et dès les premières atteintes du mal, il évite de graves conséquences et réduit au minimum le danger de l'infirmité consécutive s'il en existe.

Tout au début du mal alors qu'un peu de claudication et de raideur sont les seuls symptômes apparents, on pourrait être tenté de temporiser, de mettre en œuvre de petits moyens ; ce serait une détestable pratique. Au moindre indice de l'affection, aussitôt qu'on aura pu porter un diagnostic ferme, il faut instituer un traitement rigoureux. Trop souvent on se heurtera à des résistances tenaces, parfois invincibles, de parents qui ne voudraient pas laisser immobiliser leur enfant. Il faut tâcher de les vaincre, en leur démontrant la gravité des conséquences que peut entraîner l'affection. Sinon, on leur laisse la responsabilité de cette opposition, les événements viendront toujours assez tôt, donner raison au chirurgien.

Deux méthodes se trouvent en présence dans le traitement de la tuberculose articulaire, l'immobilisation et l'extension continue. Ces deux moyens déjà anciens, ont donné de si bons résultats dans le

début de la maladie, qu'ils sont encore à l'heure actuelle la plus sûre garantie de la guérison. Mais pour tirer tout le parti désirable de leur efficacité, il convient de n'être pas exclusif. Ni l'un ni l'autre ne s'appliquent à tous les cas; l'éclectisme en l'espèce s'impose car, suivant la localisation de l'affection, ils ont des indications spéciales que nous allons passer en revue en les étudiant.

A. *Extension continue.* — L'emploi de l'extension continue pour le traitement de la tuberculose articulaire fut préconisé pour la première fois par le Sauvage de Caen. Le mémoire qu'il lui consacra en 1835, passa presque inaperçu malgré la pratique de Velpeau qui lui aussi faisait de l'extension continue, malgré les études que publièrent Collineau et Martin à ce sujet. En 1865 Le Fort fit connaître les travaux des chirurgiens américains, et montra comment l'extension continue pendant la marche avait été adoptée par Cooper, Sayre, Andrews. Cette innovation eut peu de retentissement en France, où le traitement ambulatoire n'a jamais eu beaucoup de partisans, mais elle eut le mérite d'attirer l'attention des chirurgiens sur l'extension continue. Volkmann en 1868 l'appliqua sur le malade couché et il montra tous les bienfaits qu'on pouvait en retirer. La méthode entra dès lors dans une période féconde; Kœnig, Morosoff, Schultze l'étudièrent et l'expérimentèrent et elle rentra en France. C'est M. le Professeur Lannelongue qui la vulgarisa, surtout à la suite d'une autopsie restée célèbre,

où il put saisir sur le fait les moyens d'action de la méthode. Voici comment il rapporte lui-même cette observation :

« Un jeune garçon de quatre ans, atteint de coxo-tuberculose
« droite depuis cinq mois, avait été soumis 45 jours consé-
« cutifs à une extension continue de 2 kilog., puis de 3 kil.
« Il est atteint de croup et succombe en cinq jours. L'extension
« continue avait été supprimée dans les quatre derniers jours.
« L'expérience fut faite le 12 décembre 1885, par un temps de
« neige, le cadavre étant dans un état de parfaite conservation
« et dépourvu de toute rigidité. A 10 h. 1/2 du matin on a fait
« l'extension continue sur le membre inférieur droit, avec un
« poids de 4 kilog. Le tronc avait été fixé sur une planche. A
« sept heures du soir, sans cesser l'extension, on a procédé à
« la congélation du membre. La coupe du membre congelé a
« montré que les surfaces articulaires n'étaient pas en contact
« en haut et au centre. Au centre on mesure 2 millimètres d'é-
« cartement entre le cartilage de la tête et celui de la cavité
« cotyloïde. En haut et en dehors il y a 1/2 centimètre d'in-
« tervalle entre ces mêmes surfaces. Au contraire en bas, le car-
« tilage de la tête et celui de la cavité sont en contact. De plus
« on voit qu'en bas la capsule est pressée et tendue sur la tête du
« fémur, tandis que en haut l'intervalle existant entre les sur-
« faces articulaires est rempli par une couche de fongosités
« émanant de la synoviale, et n'adhérant aucunement aux sur-
« faces cartilagineuses. J'ajoute que la tête a subi un mouve-
« ment d'abaissement, attendu qu'il y a près de la moitié de
« sa surface qui est en dehors du cotyle et que cette partie est
« arrondie, tandis que la supérieure est aplatie.

« Cette expérience n'ayant fait que reproduire l'application

« de la méthode sur le vivant, l'ayant continuée en quelques
« sortes, montre d'une manière positive les résultats vérifiés à
« l'autopsie. La traction par les poids, même assez faible, long-
« temps continuée, écarte les surfaces articulaires, à la condi-
« tion que l'appareil ligamenteux ait perdu un peu de sa
« résistance ; ce qui arrive le plus souvent. »

Effets de l'extension continue. — Les résultats que l'on obtient par cette méthode sont nombreux : la douleur et la contracture cessent bien vite, l'attitude du membre se corrige, les phénomènes inflammatoires qui siègent dans l'articulation s'apaisent, enfin elle écarte les surfaces articulaires.

1° *Douleur.* — La disparition des douleurs est en général assez rapide. Elle commence dès que le sujet s'est habitué aux tractions de l'appareil ; puis elles diminuent insensiblement et quelquefois au bout de quatre ou cinq jours il n'en reste plus trace. Ce n'est pas seulement la douleur locale qui s'éteint ; les douleurs à distance disparaissent en même temps, ce qui prouve bien que leur origine est dans la lésion articulaire. Le malade éprouve dès lors un grand soulagement, il peut reposer et dormir et son entrain renaît. Si par hasard la douleur persiste, c'est que la traction n'est pas suffisante ou qu'un abcès est en voie de formation.

2° *Apaisement des phénomènes inflammatoires.* — L'extension continue modère l'inflammation articulaire, elle atténue son intensité. Reyher a démontré expérimentalement que cette méthode augmente la

tension intra-articulaire. Il s'en suit que s'il existe déjà un peu d'épanchement, il se résorbe plus vite ; plus tard la formation des abcès froids sera entravée. De plus comme elle immobilise à peu près l'articulation, et qu'elle écarte l'une de l'autre les extrémités osseuses, elle supprime en même temps deux causes importantes qui, par leur présence, entretiennent l'activité de l'inflammation.

3° *Abolition de la contracture.* — La contracture cesse moins rapidement que la douleur et le redressement du membre ne se fait que lentement. Au reste la lenteur du résultat est proportionnée à l'intensité de la contracture et à l'ancienneté de la maladie. Quand le traitement est commencé de bonne heure il suffit généralement de quelques jours, rarement de plusieurs semaines, pour ramener le membre en bonne position, ce qui se fait sans douleur.

4° *Ecartement des surfaces articulaires.* — L'écartement des surfaces articulaires est la caractéristique de la méthode. A l'état normal les extrémités osseuses des articulations sont en contact intime ; dans la tuberculose articulaire la contracture musculaire vient augmenter encore ces rapports de contiguité, si bien qu'en définitive les surfaces articulaires sont énergiquement comprimées l'une contre l'autre. Il y a longtemps déjà que M. Lannelongue a montré les inconvénients d'un pareil état de choses. « L'ulcération compressive » qui en est le résultat, érode, use les surfaces articulaires jusqu'au moment où se produisent des chevauchements et des luxations

pathologiques. L'extension continue, en écartant les surfaces articulaires l'une de l'autre, supprime la cause principale des déformations osseuses. Dans la période de début elle assure la guérison avec un minimum de déformation, puisque la contracture musculaire est rapidement vaincue.

Cas où l'extension continue est la méthode de choix. — Si l'on ajoute aux bons résultats que donne l'extension continue, la facilité avec laquelle elle permet d'explorer et de surveiller continuellement la jointure, on voit que c'est un mode de traitement des plus avantageux, puisqu'il donne toutes les garanties possibles d'une bonne guérison. S'ensuit-il pour cela qu'il faille l'appliquer à toutes les arthrites tuberculeuses ? L'extension continue est un traitement long et rigoureux et il est inutile de l'instituer quand il n'est pas nécessaire ; par contre il est des cas où elle est la méthode de choix et la seule que l'on doive employer. Quand les masses musculaires sont puissantes, la simple immobilisation en bonne position ne suffit pas pour empêcher le retour de la contracture ; « l'ulcération compressive » peut évoluer tout de même, entraînant avec elle des déformations qui en sont la conséquence naturelle. C'est à la hanche et au rachis que ces accidents sont les plus fréquents et l'on peut voir se former une gibbosité sous un corset de Sayre, ou une luxation de la hanche sous un appareil plâtré, quoique dans les deux cas le malade soit au repos complet et dans le décubitus horizontal. Aussi quand la

tuberculose articulaire siège sur le rachis (sauf quand elle est localisée sur le sacrum), ou au niveau de l'articulation coxo-fémorale, c'est à l'extension continue qu'il faut avoir recours, puisque, comme nous l'avons vu, son grand mérite est de lutter continuellement contre la contracture musculaire et de s'opposer, en écartant les surfaces articulaires, à la formation de l'ulcération compressive. Cette méthode de traitement est moins indiquée pour les autres articulations, où la contracture des muscles étant moins violente, les déformations sont moins à craindre, aussi l'immobilisation leur suffit-elle dans la plupart des cas.

Application de l'extension continue. — I. Coxo-tuberculose. — L'extension continue dans la coxo-tuberculose doit être appliquée dans le décubitus horizontal ; la méthode américaine qui permet la marche, en laissant à l'articulation tout son fonctionnement, constitue une fort mauvaise condition pour la cure de l'affection.

La manière de réaliser l'extension continue dans le décubitus horizontal comprend deux temps : l'extension et la contre-extension.

1^o Extension. — L'extension est facile à réaliser ; le procédé qui consiste à prendre attache sur le membre à l'aide d'une bande de tissu emplastique, est le meilleur des moyens. Il suffit de se procurer du sparadrap, une poulie, une ficelle et des poids pour avoir tout le nécessaire d'une bonne extension.

La traction sera faible dès le début et on l'augmen-

tera petit à petit. Elle ne doit jamais déterminer de douleurs. On ne dépasse pas 4 à 5 kg. pour les enfants, 7 à 8 chez l'adulte.

2° *Contre-extension*. — Certains chirurgiens se contentent de la contre-extension que fait le poids du corps, dans le décubitus horizontal ; d'autres, pour mieux accentuer le résultat, élèvent de quelques centimètres les pieds du lit afin de placer le tronc dans une situation déclive par rapport au membre inférieur. Ces procédés sont un peu critiquables, car ils ne s'opposent pas aux déviations latérales du bassin, qui a toujours tendance à descendre du côté de l'extension.

Aussi est-il bon, pour obtenir les meilleurs résultats possibles de fixer le bassin par la contre-extension. Le moyen le plus simple, consiste à passer un coussinet rembourré dans le pli de l'aîne et le sillon génito-crural ; à ses deux extrémités, réunies au niveau du flanc, on attache un lacs qui va se fixer à la tête du lit. Il est même mieux de le faire réfléchir sur une poulie et de graduer la contre-extension avec des poids.

C'est du côté du membre malade que la contre-extension doit être appliquée ; la contracture musculaire prise entre la traction de l'extension et celle de la contre-extension cédera plus facilement.

M. Lannelongue ayant remarqué qu'il est difficile de fixer directement le bassin, a eu l'heureuse idée de le maintenir en bonne position à l'aide de la colonne vertébrale, en fixant la contre-extension sur

le thorax. L'appareil qu'il a fait construire à cet usage et qui porte son nom, se compose de trois pièces en coutil ou en toile : une ceinture thoracique qui se boucle en avant ; deux lacs qui s'attachent en arrière, vont se fixer à la tête du lit. A cette ceinture on superpose un bandage de corps qui croise sur la poitrine ; à ses deux extrémités, s'attachent des lacs qui viennent se fixer sur les côtés du lit. Ce bandage porte en outre quatre lacs, tous situés en arrière ; deux partent du bord supérieur et vont se fixer à la tête du lit ; les deux autres se détachent du bord inférieur et viennent s'attacher au fond du lit. Enfin un second bandage de corps tient les membres inférieurs rapprochés et fixés aux bords du lit. Cet appareil peut être fabriqué par la famille elle-même.

Il est important que le matelas soit assez dur, garni de crin ou de varech ; il devra reposer sur une planche, afin que le malade soit facilement transportable.

II. Mal de Pott. — Limiter le plus rapidement possible les désordres locaux et prévenir la formation de la gibbosité, telles sont les indications pressantes à remplir au début du mal de Pott.

L'extension continue est encore ici la méthode de choix. L'immobilisation seule du rachis ne suffit pas. On a essayé cependant dans ce but bien des moyens et bien des appareils ; s'ils ont pour eux la facilité d'application, ils ne sont pas toujours très efficaces. Le décubitus horizontal est le plus simple d'entr'eux

mais c'est un moyen incomplet ; tous les mouvements que permet le décubitus horizontal sont encore une trop grande cause d'irritation locale, provoquant la contracture du tronc et par ce fait la compression des foyers tuberculeux. Le seul résultat que donne cette méthode c'est la suppression du poids du corps.

Les appareils qui permettent la marche en soutenant le tronc, comme le corset de Sayre, sont plutôt des appareils de convalescence ; ils ne conviennent pas pour le traitement de la maladie. Il en est de même des différents corsets qui prennent leurs points d'appui sur le bassin et sous les aisselles. Aucun d'eux ne supprime complètement la compression des foyers tuberculeux et ne met à l'abri de la gibbosité.

Les appareils à extension continue qui prennent point d'appui sur le bassin et sur la tête, ou sur le bassin et sous les aisselles, suivant le siège du mal, sont les seuls à remplir toutes les indications.

Alors que le mal de Pott est dorso-lombaire, la contre-extension se fait au moyen d'étriers rembourrés qui passent sous les aisselles et vont se fixer à la tête du lit. L'extension est appliquée sur le bassin au moyen d'une ceinture pelvienne. De ses côtés partent des lacs : les uns vont fixer le malade aux bords d'une large planche glissée sous le matelas, les autres gagnent les poulies situées au pied du lit pour y supporter les poids gradués. Il en résulte que le malade couché sur une sorte de chariot mobile est en quelque sorte à la merci des poids extenseurs.

Le même appareil à extension peut servir pour le

mal de Pott dorsal ou cervical, mais la contre-extension sous les aisselles n'est plus suffisante : elle doit porter dans ces cas sur la tête au moyen d'étriers passant sous la nuque et le menton ; un laç fixé à leurs extrémités va s'attacher à la tête du lit, ou supporter des poids contre-extenseurs.

L'appareil qu'a fait construire M. Lannelongue répond à tous les cas. Il se compose de deux pièces principales : l'une repose sur les hanches et le sacrum et immobilise le rachis, l'autre en forme de coupe supporte la tête, en s'appliquant sur l'occipital et le maxillaire inférieur. Ces deux pièces principales sont réunies par deux supports. Chacun d'eux porte une crémaillère, à l'aide de laquelle on fait varier leur longueur à volonté, ce qui permet de graduer l'extension continue.

III. *Mal sous-occipital*. — « Ici surtout le danger de la mort subite, dit M. Lannelongue, est une indication formelle à l'extension continue, dans le décubitus horizontal ». Il faut surtout dans ce cas supprimer le poids et les mouvements de la tête. Le repos au lit, les appareils plâtrés, les minerves ne répondent pas à ces indications.

L'extension continue est appliquée sur le malade couché. Le tronc chargé de faire la contre-extension sera fixé soit en relevant les pieds du lit, soit en le fixant au moyen de bandages. L'extension sera pratiquée sur la tête au moyen d'étriers en toile passant sous le menton et sous l'occiput et venant se rejoindre sur le sommet de la tête ; à leurs extrémi-

tés sera fixé un lacs qui, réfléchi sur une poulie, supportera les poids gradués.

M. Lannelongue se sert d'un appareil composé de « deux pièces principales réunies l'une à l'autre par « deux montants, dont la longueur peut être modifiée à volonté. La pièce inférieure qui sert de point d'appui est formée d'une longue pèlerine en cuir, moulée sur les épaules et la partie supérieure du tronc. La supérieure, également en cuir, s'applique sur la base du crâne et sous le maxillaire. Des deux montants partent des crémaillères à l'aide desquelles on rapproche, ou l'on éloigne, les deux pièces l'une de l'autre ».

Durée de l'extension continue. — On ne peut pas déterminer à l'avance le temps qui sera nécessaire à la guérison de la maladie ; il faut toujours compter sur de longs mois, et même souvent sur de longues années. Mais durant tout ce temps le traitement doit être rigoureux, surveillé de près par le chirurgien, et ce n'est que lorsque tous les symptômes du mal ont disparu, que l'indolence est complète, que les mouvements ne sont nullement douloureux dans les limites qu'ils ont gardées que l'on autorise le malade à entrer en convalescence.

B. *Immobilisation.* — Les premiers résultats obtenus par cette méthode remontent à Bonnet. En 1858, l'illustre chirurgien de Lyon vint à Paris pour vulgariser ce mode de traitement qu'il avait appliqué à la coxalgie, mais qu'il craignait de voir languir en province. Il exposa ses idées et rendit compte de ses

succès à l'Institut. A l'hôpital des Cliniques, Nélaton lui céda sa chaire et fut son auditeur ; il opéra devant lui et devant Verneuil qui, plus tard, disait de lui : « La coxalgie est devenue moins grave depuis que Bonnet nous a appris à la traiter ». Les chirurgiens de l'époque se rallièrent aux idées de Bonnet et adoptèrent comme traitement de la coxalgie l'immobilisation et l'attitude en position correcte. Chacun eut son appareil ; sans préjudice de la gouttière de Bonnet, Marjolin avait sa planche, Guersant ses attelles, Bouvier son appareil en cuir moulé, Verneuil son grand appareil silicaté : le mouvement était donné. Mais sous l'influence d'idées nouvelles, bien mises en lumière par M. Lannelongue, l'immobilisation dans la coxalgie et le mal de Pott fut abandonnée, pour être remplacée par l'extension continue. Il n'en reste pas moins vrai que pour l'époque ce mode de traitement était un grand progrès, et s'il a été aujourd'hui abandonné dans certains cas, il est encore à l'heure actuelle le seul remède qui convienne à bien des arthrites tuberculeuses au début.

Effets de l'immobilisation. Cas où elle doit être appliquée. — L'immobilisation en bonne position a, sur les arthrites tuberculeuses au début, d'heureuses influences qui la rapprochent en cela de l'extension continue. Comme elle, elle est analgésique, antiphlogistique, correctrice de l'attitude et de la déviation, autant de bonnes conditions favorables à la guérison. Mais il lui manque une qualité, essentielle dans cer-

taines circonstances. Comme elle n'exerce aucune traction sur l'articulation malade, elle ne permet pas l'écartement des surfaces articulaires et ne s'oppose pas toujours au retour de la contracture musculaire. Aussi elle serait un mode de traitement insuffisant dans le mal de Pott et la coxo-tuberculose, qui s'accompagnent toujours d'une contracture assez violente, susceptible d'entraîner les déformations. Mais on n'a pas à craindre ces mêmes inconvénients quand il s'agit des autres régions articulaires des membres. Ici les masses musculaires sont moins puissantes, la contracture moins vive, les difformités plus rares et ce traitement suffit à vaincre toutes les résistances. Voilà pourquoi l'immobilisation sera la méthode à appliquer au genou, au cou du pied et à toutes les articulations du membre supérieur. Elle est au reste, dans ces cas là, plus facile à appliquer que l'extension continue, elle est plus agréable pour le malade et elle donne des résultats très encourageants.

Cette immobilisation, contrairement à ce que l'on croit dans certains milieux, ne provoque pas l'ankylose. Lorsqu'elle se produit la méthode n'en est pas la cause. Il faut au reste pour qu'elle se produise, que les altérations osseuses, cartilagineuses et synoviales soient déjà assez avancées pour permettre aux adhérences de se constituer. Or nous sommes au début de la maladie, et dans cette période, l'ankylose est un mode de guérison exceptionnel, puisque les troubles articulaires sont encore peu accentués ; au

surplus, si elle venait à s'établir, elle se ferait dans une bonne attitude.

Application de l'immobilisation. — Depuis la gouttière de Bonnet, de nombreux appareils à immobilisation ont été successivement inventés par les chirurgiens. Nous ne nous attarderons pas à leur description et nous prendrons pour type, dans cette étude générale, le plus simple de tous, l'appareil plâtré.

La manière d'appliquer un appareil plâtré comprend deux temps : la mise du membre en bonne position, et l'application de l'appareil.

1°. *Mise du membre en bonne position.* — L'idée qui doit guider le chirurgien dans ce premier temps est d'ordre primordial. Quel que soit le résultat que l'on doive obtenir plus tard, il ne faut pas qu'une mauvaise attitude contractée dans l'appareil vienne entraver les bienfaits du traitement : ici, moins que jamais, le remède ne doit être pire que le mal. Le membre, avant l'application de l'appareil, sera mis dans la position qui lui conviendrait le mieux au cas où les mouvements de l'articulation malade seraient plus tard restreints ou abolis. Cette bonne attitude est variable, elle diffère avec chaque articulation. Quand la tuberculose siège au genou, la rectitude est la meilleure position à donner au membre ; si c'est l'articulation tibio-tarsienne qui est prise le pied doit être placé dans la flexion à angle droit sur la jambe, sous peine de voir survenir des attitudes vicieuses qui gêneront la marche et nécessiteront des opéra-

tions ultérieures. Au membre supérieur, la position qui domine le traitement est la flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras, le coude rapproché du tronc ; l'avant-bras dans une attitude intermédiaire entre la pronation et la supination.

La mise en position correcte n'est pas toujours facile. Même dès le début de la tuberculose articulaire, la contracture peut être assez vive pour gêner le chirurgien. Dans ce cas il faut tout d'abord tenter sur le membre des tractions progressivement croissantes, sans jamais les pousser jusqu'à la violence. Si les douleurs deviennent trop vives, ou si la contracture ne cède pas rapidement, il ne faut pas prolonger cette méthode, qui pourrait devenir dangereuse pour l'articulation. Nous avons à notre disposition un second moyen bien plus efficace, non douloureux, c'est l'anesthésie chloroformique. Il ne faut pas hésiter d'y recourir quand la contracture musculaire est assez intense. Rien de plus simple alors, pendant la résolution musculaire, de donner au membre la meilleure attitude possible. On profite généralement de ce moment là pour faire un peu de révulsion sur la jointure malade, avec la teinture d'iode et mieux avec les pointes de feu.

2° *Application de l'appareil plâtré.* — L'appareil plâtré est découpé dans un rouleau de mousseline de huit, de dix, douze plans superposés. On lui donne généralement la forme d'une gouttière, assez large pour envelopper toute la circonférence du membre, assez longue pour pouvoir emprisonner une des

articulations voisines ; l'immobilisation est ainsi plus complète.

L'appareil plâtré ne doit pas être directement appliqué sur la peau avec laquelle il adhérerait, ce qui rendrait plus tard son enlèvement plus difficile et plus douloureux. Les poils doivent être rasés et pour prévenir toute adhérence on oint la peau de vaseline ou d'huile phéniquée. A l'hôpital des Enfants-Malades, on remplace ces divers moyens par un manchon de lint s'appliquant exactement sur tout le pourtour du membre.

Tout étant près, on applique alors l'appareil qui a été trempé dans une bouillie de plâtre ; on le modèle à la conformation du membre et on le maintient avec de nombreux tours de bande. Durant tout le temps que va durer la prise du plâtre, 10 à 15 minutes, le chirurgien et ses aides doivent s'appliquer au maintien de la bonne attitude.

Telle est la manière générale d'appliquer l'immobilisation avec un appareil plâtré ; elle demande d'être faite avec soin si on veut en tirer de bons résultats. Pour plus d'efficacité, elle ne doit pas seulement immobiliser la jointure malade, mais la plus grande partie du membre et cela suivant l'importance de l'articulation malade. Voilà pourquoi il est recommandé dans la tuberculose du genou, d'immobiliser le membre inférieur tout entier, depuis l'extrémité des orteils jusqu'à la racine de la cuisse ; quand l'arthrite tuberculeuse atteint le cou du pied, l'appareil doit remonter au moins jusqu'au-dessus du genou.

Au membre supérieur, deux articulations doivent toujours être immobilisées. Il est évident que la forme de l'appareil varie plus ou moins avec la région atteinte.

La sacro-coxalgie est, elle aussi, traitée par l'immobilisation.

Que va devenir le malade ainsi immobilisé ? Le repos au lit, aussi complet que possible, est nécessaire quand l'ostéo-arthrite tuberculeuse siège sur le membre inférieur ; c'est une condition essentielle, nécessaire, pour pouvoir compter sur la guérison. Les mouvements, la marche, en irritant la jointure favoriseraient l'évolution de la maladie, malgré l'immobilisation. S'il s'agit du membre supérieur le traitement doit être moins rigoureux ; le malade doit porter son bras en écharpe et le soustraire autant que possible aux chocs et aux mouvements. L'intégrité de ses membres inférieurs doit lui permettre à lui, plus qu'à tout autre, de profiter du grand air, de la campagne et des bains chlorurés. Mais il est utile également que tous les malades soumis à l'immobilisation et à l'extension continue puissent être facilement transportables par la disposition de leurs appareils ; ils doivent eux aussi profiter du traitement général aussi largement que possible.

Durée de l'immobilisation. — On ne peut pas plus prévoir la durée de l'immobilisation que celle de l'extension continue. De longs mois sont toujours nécessaires pour arriver à la guérison, et l'on n'est en devoir de cesser le traitement que lorsque l'articula-

tion n'est plus douloureuse, quand les phénomènes inflammatoires se sont dissipés et que les mouvements qui restent ne sont pas douloureux. Mais au cours du traitement, l'appareil doit être enlevé de temps en temps, tous les deux ou trois mois, afin de pouvoir soumettre la jointure à un sérieux examen ; il en est de même si le malade vient à se plaindre de son articulation. On profite avantageusement de ces moments là en faisant un peu de révulsion au niveau du foyer tuberculeux.

IV. — *Traitement de la convalescence.* — Depuis de longs mois le malade est soumis à l'extension continue ou à l'immobilisation, sa santé générale est bonne, l'appétit est excellent, les douleurs ont disparu, il ne se plaint plus, rien ne révèle objectivement l'affection qu'un traitement précoce a peut-être guérie, que reste-t-il à faire au chirurgien ? Le sujet ne demande qu'à reprendre ses occupations et la famille a hâte de lui voir reprendre la vie commune. Est-il prudent de combler tous ces désirs ? C'est là « qu'il faut un sens clinique exact, joint à une grande prudence » comme l'a si justement dit Broca. C'est le cas de porter tous ses soins à l'examen de la jointure. Si la pression sur la synoviale et les épiphyses est indolente, si les mouvements communiqués ne réveillent aucune sensibilité, si la palpation attentive ne révèle aucune trace d'abcès, de fongosités, ni d'épanchement, on peut permettre dans ces conditions les premiers exercices de la convalescence. Ce n'est que peu à peu que le malade se

remettra à marcher, car aucun signe n'indique la guérison réelle, le temps seul en fera la preuve. C'est maintenant qu'il convient d'employer les divers appareils que nous avons rejetés au moment d traitement, comme ne remplissant pas toutes les indications voulues. Les minerves, les différents corsets et celui de Sayre tout particulièrement, les appareils qui permettent la marche tout en faisant de l'extension continue rendent de bons services pendant cette dernière période du traitement. Ils suppriment une partie des mouvements articulaires et soustraient les articulations à des pressions trop violentes, autant de conditions qui les rendent utiles à ce moment là. A défaut d'appareil orthopédique, des béquilles ou une canne seront à conseiller. Les premières promenades seront de courte durée, fréquemment interrompues par le repos. Le malade en profitera pour aller respirer le bon air à la campagne, ou dans les jardins publics s'il habite la ville. A mesure que les forces renaîtront il les prolongera davantage, tout en se gardant bien de se fatiguer.

C'est le moment, s'il ne l'a pas fait pendant la maladie, d'aller habiter les bords de la mer, de fréquenter les stations thermales chlorurées sodiques, tout en suivant un régime hygiénique bien approprié, ainsi que nous l'avons indiqué à propos du traitement général.

Le massage et l'électricité seront employés pour rendre aux muscles le volume et la contractilité qu'ils ont perdu en s'atrophiant. Mais dès le début il faut

dra agir prudemment ; les séances d'électricité seront de courte durée et le massage ne sera que de l'effleurage. Plus tard il sera permis d'en user plus largement.

C'est ainsi que peu à peu la guérison se maintiendra et s'affirmera chaque jour davantage, les forces renaitront et la santé, enfin complètement rétablie, permettra au convalescent de reprendre son existence d'autrefois, après avoir échappé à bien des infirmités, grâce à un diagnostic précoce et à un traitement bien compris.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic des ostéo-synovites tuberculeuses doit être fait dès les premières manifestations de la maladie.

II. — Ce diagnostic précoce est la plus sûre garantie de la guérison ; plus sont bénignes les lésions articulaires, plus on a de chances de conserver à l'articulation l'intégrité de ses fonctions.

III. — Deux méthodes sont employées pour le traitement des ostéo-synovites tuberculeuses ; elles ont chacune leurs indications spéciales.

L'extension continue en décubitus horizontal est le traitement de choix de la tuberculose vertébrale et de la coxalgie ; elle réduit au minimum les déformations qui sont à redouter dans ces cas là.

L'immobilisation en bonne position, jointe au repos au lit, suffit comme traitement des arthrites tuberculeuses du genou et du cou du pied.

L'immobilisation en bonne position est le traitement qui convient le mieux aux ostéo-synovites tuberculeuses du membre supérieur.

IV. — A ce traitement local, devra s'ajouter un

traitement général, basé sur la meilleure hygiène possible.

V. — Enfin quand après un long traitement, tous les phénomènes articulaires auront disparu, que rien ne révélera plus la terrible infection, ce n'est que progressivement et avec la plus grande prudence que le malade reprendra ses occupations journalières. Longtemps encore il devra ménager son articulation et continuer son régime hygiénique ; le temps seul fera la preuve de la guérison.

Vu le: Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu: le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR. — Syphilis hérédit. tardive. Th. Lyon, 1879.
- BARRÉ. — O. A. T. du genou. Déf. du M. inf. Th. Paris 1878.
- BOQUÉ — Traitement ambulatoire des arth. tubercul. du membre inf. chez l'enfant, 1901.
- BERNE. — Gommès tuber. péri. art. Prog. Méd., 1881.
- BILLAULT. — Mal de Pott. Son traitement. Associat. française de chirurgie, 1897.
- BLUM. — Arth. d'origine nerveuse. Th. Ag., 1875.
- BOUILLY. — Comp. entre les arth. rhumatismales, scrofuleuses et syphil. Th. ag., 1878.
- BORDENAVE. — Péri. arth. tub. Th. Paris, 1902.
- BRISSAUD. — Tub. articulaire. Rev. mens. de médecine, 1879.
- BROCA (A). — Tumeurs blanches chez l'enfant.
- BUCHANAM. — O. A. T. du coude simulant une tumeur maligne. Glasgow. Med. Journal., août 1880.
- CALLIAUSIS. — O. A. T. Guérison sans ankylose. Rev. de chirurgie, 1887.
- CAUCHOIS. — O. A. T. et adénite tub. Soc. anat., 1872
- CHAMONO. — Tub. aiguë des art. Th. Paris, 1888.

- CHANTEMESSE. — Tumeur molasse tub. simulant un sarcome.
Gaz. hôp., 1891.
- CHARCOT. — Coxalgie hystérique traumatique. Leçons sur les
maladies du syst. nerv. T. III. Arthralgie hystéro-
traumat. du genou. Prog. méd., 1888.
- CHAUVEL. — Hydart. Tub. Soc. de chir., 1884.
- CECCHERELLI. — Considérations sur la tub. vertébrale. Gaz.
méd. de Torino, 1901.
- COIGNET. — Arth. tub. miliaire. Prov. méd., 1892.
- CUBERTAFON. — Arth. tub. à forme rhumat. Th. Paris,
1903.
- DANJOU. — Arthrop. Déform. de la syph. hérédit. Th. Paris,
1888.
- DEFONTAINE. — La syphilis art. Th. Paris, 1882.
- DUBREUIL. — Pseudo-tum. blanches syph. Th. Paris, 1880.
- DUCROQUET. — Le traitement du mal de Pott. Paris, 1898.
- DUPONT. — Traité de la tub. du genou chez l'enfant. Th. Paris,
1901.
- DUPLAY. — Tub. chirurg. Bull. de méd., 1887.
- DURET. — Sarcome simulant O. A. T. Bull. de la Soc. Anat.,
1873.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis. Traité de la syphilis.
Evolution du Tertiarisme. Sem. méd., 1900.
- GANGOLPHE. — Tub. péri. articul. Arch. provinciales de chi-
rurgie, 1892. Kystes hyd. des os. Thèse d'Ag. Paris,
1886.
- GELMA. — Pseudo-tum. blan. syphil. Th. Paris, 1891.
- GILETTE. — Sarcome simulant O. A. T. Société de chirurgie,
janvier, 1876.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'Hystérie.

- GRANCHER. — Prophylaxie de la tub. Bull. de l'Acad. de méd., 1898.
- GUINON. — De l'hystérie dans ses rapports avec le trauma
Rev. de chirurg. 3^e vol., 1888.
- HUEL. — Coxalgie hystérique, suite de trauma. Prog. médical, 1886.
- HUGUENIN. — Tub. articul. Concours méd., 1897.
- KIRMISSON. — Articulations. *Traité de ch.* Duplay et Reclus,
Leçons cliniq. sur les mal. de l'app. locomoteur.
- KIRMISSON ET JACOBSON. — Cont. à l'étude des arthrop. dans la syphilis hérédit. Revue d'arthrop., 1897.
- KÖENIG. — Tub. des os et des art. Trad. Liebrich, 1885.
- KNOFF. — Les sanatoria. Trait. et prophyl. de la tub. Th. Paris, 1895.
- LANNELONGUE. — Tub. chirurg. Encycl. Leauté.
- Tuberculose vertébrale.
 - De la coxo-tuberculose.
 - Etudes cliniques et exp. sur la tub., 1887.
 - Tub. des os. Tum. blanc. consécutives. Bull. de la Soc. de chir., 1878.
 - Syphilis osseuse. Bull. Soc. ch., 1881.
 - Tub. art. et marche de l'ost. tub. Bull. de la Société de ch., juin 1882.
 - Clinique chirurg. du 20 mars 1887. Bul. méd. Congrès de Chirurgie, avril 1892.
- LANNELONGUE ET COMBY. — L'ostéomyélite prolongée. Arch. de médecine, 1879.
- LAVAL — (Ed.). — Le traitement des tub. oss. Le mal de Pott. Bullet. méd., 1901.

LAUTHIER. — De l'ostéo-arth., ostéomyélite, Th. de Paris, 1892.

LEBLOND. — Coxotuberculose et mal de Pott., 1886.

LEJARS. — Les formes de la tuberculose du genou. Bull. médical, juin, 1894.

LEROUX. — La cure marine des tub. oss. et art. Annales de méd. et de chir. infant., 1900.

MAITRE. — Ostéo-sarcomes des membres. Th. Paris, 1896.

MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'ost. arth. tub. Traitement par la méthode sclérogène. Th. Paris, 1893.

— Ostéo-tuberculose. Traité de ch. Le Dentu, Delbet.

MÉRICAMP. — Contrib. à l'étude des arth. syphil. Th. Paris, 1882.

MONOD. — Rapport sur l'extension continue. Arch. de méd., 1878.

MORESTIN. — Syphilis, art. Arch. gén. de méd., 1901.

— Traitement de la coxalgie chez l'enfant et chez l'adulte. Gaz. des Hôp., 1900.

MORET. — Tub. osseuse et ostéro-art., chez les vieillards. Th. Paris, 1901.

NÉLATON (Ch.). — Tub. chirurg. Th. agrég., 1883.

OUDAILLE. — Hydarth. tub. Th. Paris, 1884.

PANAS. — Articulations. Dictionnaire de méd. et de chirurgie.

PÉAN. — Scapulalgie. Th. Paris, 1860.

PECKLE. — Arthrop. syph. précoce. Th. Paris, 1894.

- PERRIN. — Symptômes précoces du mal de Pott. chez les nour-
rissons. Th. Paris, 1898.
- PETIT. — Traitement de la coxalgie, 1898.
- PICQUÉ. — O. A. T. du genou. Prog. méd., 1884.
- PICQUÉ ET MAUCLAIRE. — Thérapeutique chirurg. des maladies
des articul., 1895.
- POINSOT. — Rapport sur l'ostéo-sarcome., 1877
- POLOSSON. — Ost. tub. sénile. Lyon méd., 1888.
- PONCET. — Rhumat. tub. Bull. méd. 1902
— Rhumat. tub. Gaz. Hôp., 1903.
— Rhumat. tub. Bull. acad. méd., 1901.
- POULET. — Hyd. tub. P. méd., 1885.
- POWEL. — Pseudo-rhumat. des tub. Th. Paris, 1874.
- QUÉNU. — Mal de Pott. Scrofule des vieillards, Soc. anat.,
juin 1878.
- RAMBAUD. — La péri-arthrite scapulo-humérale, Th. Paris,
1900.
- RANGUEDAT. — Arthropaties dans la syph. hérédit. Th. Paris,
1883.
- RECLUS ET FORGUE — Thérapeutique chirurgicale.
- REYNIER. — O. A. T. Rev. med. Est., 1890.
- ROQUE. — Tub. d'orig. traumat. Th. Paris, 1880.
- ROUSSEL. — De la syph. tertiaire dans la deuxième enfance et
l'adolesc. Th. Paris, 1881.
- ST.-PIERRE. — Cont. à l'étude des arthrop. de la syph. hérédit.
tardive. Th. Lyon, 1900.
- ST.-JACQUES (E). — Ostéo-arthrites tubercul. Traitement
chirurgical. Union méd. du Canada, 1900.
- SALMON. — Ost. arth. chroniq. du genou. Th. Paris,
1884.

SCHWARTZ. — Ostéo-sarcomes. Th. d'Agrég., 1880.

TERRIER. — Rapport sur le mém. Poinso. B. S. Ch.,
1877.

VALTAT. — De l'atrophie musc. conséc. aux maladies des art. Th.
Paris, 1877.

VOISIN. — Cont. à l'étude des arth. syph. T. L. 75.

WASSILIEF. — Ost. arth. chroniq. Arch. gén. de méd., janvier,
1892.

ZEZAS. — Forme névralg. et latente. d'ost. arth. tuber. Central,
J. Chir., 1886.

ZANNELLIS. — Des art. tub. et des inf. tub. péri-articul. Th.
Paris, 1882.